

CAT  
PH  
-2007  
CIT

Health  
Canada

Agence de la santé  
publique du Canada

# Canadian Street Youth and Substance Use



**Findings from Enhanced Surveillance  
of Canadian Street Youth, 1999–2003**



3 1761 11708473 1

Canada

Our mission is to promote and protect the health of Canadians through leadership, partnership, innovation and action in public health.

*Public Health Agency of Canada*

To obtain additional copies, please contact:

Canadian HIV/AIDS Information Centre

400-1565 Carling Avenue

Ottawa, ON K1Z 8R1

Tel: (613) 725-3434

Fax: (613) 725-1205

Toll-Free: 1-877-999-7740

E-mail: [aidssida@cpha.ca](mailto:aidssida@cpha.ca)

Website: [www.aidssida.cpha.ca](http://www.aidssida.cpha.ca)

This publication can be made available on request on alternative formats upon request.

This publication is also available on the internet at the following address:

[www.publichealth.gc.ca/sti](http://www.publichealth.gc.ca/sti)

This report was produced with financial support from and in collaboration with the  
Office of Research and Surveillance, Drug Strategy and Controlled Substances  
Programme, Health Canada.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Health, 2007

Cat.: HP5-23/2007

ISBN: 978-0-662-49759-2

# **Canadian Street Youth and Substance Use**

---

**Findings from Enhanced Surveillance  
of Canadian Street Youth, 1999–2003**

# Table of Contents

<b>Executive Summary . . . . .</b>	<b>iii</b>
Key Findings . . . . .	iii
<b>1      Introduction . . . . .</b>	<b>1</b>
1.1 Purpose. . . . .	1
<b>2      Methods . . . . .</b>	<b>2</b>
2.1 Analysis . . . . .	2
2.1.1      Analysis Terms . . . . .	2
2.2 Laboratory Methods . . . . .	3
2.3 Limitations . . . . .	3
<b>3      Demographic Profile of E-SYS Participants . . . . .</b>	<b>4</b>
<b>4      Substance Use . . . . .</b>	<b>5</b>
4.1 Smoking . . . . .	5
4.2 Alcohol Use. . . . .	7
4.3 Recent Alcohol Intoxication . . . . .	9
4.4 General Drug Use Patterns . . . . .	10
4.5 Non-Injection Drug Use . . . . .	11
4.6 Injection Drug Use . . . . .	13
4.6.1      Injection Drug Use and Hepatitis C . . . . .	18
<b>5      Sexual Behaviours and STIs. . . . .</b>	<b>19</b>
<b>6      Implications . . . . .</b>	<b>21</b>
<b>7      Conclusions . . . . .</b>	<b>23</b>
<b>8      References . . . . .</b>	<b>24</b>

# Illustrations

## List of Tables

Table 1. Overview of socio-demographic characteristics of street youth in E-SYS. . . . .	4
Table 2. Characteristics of street youth with and without a history of injection drug use (2003) . .	14
Table 3. Sexual history of street youth with and without a history of injection drug use (2003). . .	20

## List of Figures

Figure 1. Everyday and occasional smoking among street youth . . . . .	5
Figure 2. Everyday smoking in street youth by age group and gender. . . . .	6
Figure 3. Proportion of smokers in youth aged 15 to 24 in CTUMS and E-SYS . . . . .	6
Figure 4. Alcohol use in the previous 3 months among street youth by age category . . . . .	8
Figure 5. Intoxication in the previous 3 months among street youth who reported drinking in the previous 3 months (2001 and 2003) . . . . .	9
Figure 6. Drug use patterns among street youth . . . . .	10
Figure 7. Exclusive use of drugs by non-injection among street youth . . . . .	11
Figure 8. Most commonly used non-injection drugs in the previous 3 months among street youth who reported using non-injection drugs (2001 and 2003) . . . . .	11
Figure 9. Non-injection drug use behaviour in the previous 3 months among street youth (1999 and 2001) . . . . .	12
Figure 10. Injection drug use among street youth . . . . .	13
Figure 11. Most commonly used injection drugs in the previous 3 months among street youth (2003). . . . .	16
Figure 12. Most commonly used injection drugs in the previous 3 months among street youth who injected drugs (2001 and 2003) . . . . .	16
Figure 13. Injection drug use behaviour in the previous 3 months among street youth . . . . .	17
Figure 14. Street youth who reported using treatment services to quit injection drug use . . . .	17
Figure 15. Rates of hepatitis C virus infection among street youth . . . . .	18
Figure 16. Sexual behaviours in the previous 3 months among street youth who reported drug use (injection and non-injection) (2001 and 2003). . . . .	19

# Executive Summary

Substance use is common among street youth. The prevalence of smoking, alcohol use and intoxication, drug use, and drug-use risk behaviours is much higher among street youth than in the general youth population.<sup>1</sup> Despite the detrimental health, psychological and social consequences of substance abuse, it continues to persist in street youth populations, because the challenges of meeting immediate daily needs are considered more pressing than preoccupation with health risks.<sup>2,3</sup>

This report is intended to provide more information on substance use in street youth and is based on Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth (E-SYS), a national, multicentre sentinel surveillance system that monitors rates of sexually transmitted infections and blood-borne infections, behaviours and risk determinants in Canada's street youth population. Key findings from 1999, 2001 and 2003 are presented.

## Key Findings

- Smoking rates are very high among street youth. Approximately 80% of street youth reported smoking about half a pack of cigarettes daily. Females averaged 14 to 16 cigarettes per day, while males averaged 16 to 18 cigarettes per day.
- Alcohol use is common among street youth. In 2003, about 76% reported consuming alcohol in the 3 months prior to the interview; about 5% of street youth reported drinking daily.
- Approximately 40% of street youth who drank alcohol reported recent alcohol intoxication.
- Street youth who reported using one substance were more likely to report using other substances (polydrug use).
- Rates of non-injection drug use are extremely high; 95% of youth reported ever using drugs by means other than injection. Marijuana was the most commonly used non-injection drug.
- Rates of injection drug use are also high. About 20% of street youth reported injection drug use in their lifetime. Cocaine was the most commonly injected drug.
- About 31% of street youth reported not always using clean injection equipment.
- Approximately 22% of non-injection drug users and 37% of injection drug users reported that they had quit using drugs.
- Among those who reported quitting drug use, half of the non-injection drug users and close to a third of injection drug users quit drugs using treatment services.

It is widely recognized that conventional treatment approaches and mainstream programs are not effective with street youth. As such, alternative integrated approaches to developing and implementing intervention programs for this marginalized population are necessary. Likewise, multifaceted gender-based initiatives aimed at addressing the broader determinants of health issues are imperative, rather than single-issue public health interventions, which are unlikely to address the root causes of substance use and associated risk behaviours.

For further information please contact:

Surveillance and Epidemiology Section

Community Acquired Infections Division

Centre for Infectious Disease Prevention and Control

Public Health Agency of Canada

Jeanne Mance Building, AL 1906B

Ottawa, ON K1A 0K9

Fax: (613) 941-9813



# 1. Introduction

Experimenting with tobacco, alcohol and drugs may be part of the transition to adulthood for some youth, but for others, particularly street youth, experimentation often leads to substance use problems over time, possibly due to a perceived need for substance use to cope with life on the street.

Many studies have examined substance use and risky sexual behaviours and their impact on the health of street youth,<sup>1–8</sup> and they have all shown that substance use is more prevalent among street youth than it is in the general youth population.<sup>1–8</sup> A myriad of constantly changing factors, including parental abuse, peer and social pressures, curiosity, genetic vulnerability, individual personality characteristics, environmental stressors and others have been suggested as reasons for substance use.<sup>1</sup>

Drug-using populations may have a higher risk of contracting and transmitting both sexually transmitted infections (STIs) and blood-borne infections (BBIs), as they tend to engage in high-risk sexual behaviours due to the influence of the substances they use.<sup>9,10</sup> It has been argued that drug use is often an important determinant or correlate of sexual risk behaviours.

The short- and long-term health, psychological and social consequences of substance use are many and may include higher morbidity and premature death due to the presence of chronic conditions such as hepatitis C or HIV/AIDS, as well as increased prevalence of injuries, suicidal tendencies, psychosis, theft and violent crime. The costs associated with health care utilization and the criminal justice system are other important societal burdens.

Information regarding substance use patterns of Canadian youth often relies on student surveys, but while these surveys can provide a general overview of youth substance use patterns, they often do not include youth who are in institutions or have dropped out of school, or those who are at high risk or already involved in substance use.<sup>1</sup>

Available information shows that compared to youth in the general population, street youth are 11 times more likely to die of drug overdose and suicide.<sup>6</sup> Another study in Montreal found that almost half (45.8%) of the street youth in that city had injected drugs.<sup>7</sup> Clearly the youth populations most at risk of substance use may be missed by population-based telephone surveys or school-based student drug use surveys. Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth (E-SYS) is attempting to reach this population and obtain information about street youth to complement the general portrait of youth substance use in Canada.

## 1.1 Purpose

The information presented in this report is based on E-SYS. It is hoped that the insights garnered will help in attaining the following goals:

- Identifying trends in substance use among street youth.
- Identifying the demographic and social factors associated with substance use among street youth.
- Identifying potential risk factors associated with substance use among street youth.



## 2. Methods

**E**nhanced Surveillance of Canadian Street Youth is a multicentre sentinel surveillance system that monitors rates of STIs and BBIs, behaviours and risk determinants in the Canadian street youth population through repeated surveys accompanied by biological sampling (blood and/or urine testing). A pilot project launched in October 1998 (Phase I) investigated the feasibility of studying the street youth population. Since then, data collection has been conducted in large urban centres across Canada biannually, starting in 1999 (Phase II) and continuing in 2001 (Phase III) and 2003 (Phase IV).

In Phase II, the recruitment of youth involved informal snowball sampling methods, a method shown to be effective for hard-to-reach populations.<sup>12</sup> Participants were recruited through drop-in centres and outreach work. For the purposes of the behavioural surveys, the inclusion criteria were that respondents: (a) were between 15 and 24 years of age; (b) were able to speak either French or English; and (c) had, in the previous 6 months, been absent from their residence for at least 3 consecutive nights; run away from home (or another place of residence) for 3 days or more; been thrown out of their home for 3 days or more; or been without a fixed address for 3 days or more.

There were two interviewer-administered questionnaires. The first consisted of questions on demographics, lifestyle, sexual practices, attitudes about and knowledge of risk behaviours, and family history. In addition to completing the questionnaire, consenting youth were asked to provide urine and blood samples. If necessary, a second questionnaire about barriers to partner notification was administered as a follow-up for those whose urine or blood sample tested positive for STIs or BBIs. Phases III and IV of the study followed the same methodology as Phase II. Youth were permitted to participate in the survey only once during each data collection year. A total of 4728 street youth were recruited over the three phases of data collection: 1645 in 1999, 1427 in 2001 and 1656 in 2003.

### 2.1 Analysis

Data were analyzed using SAS Statistical Software (version 8, SAS Institute, Carey, NC). Chi-square statistics were used to compare distributions across demographic factors. A two-tailed p value of <0.05 was defined as statistically significant for univariate analysis. Further multivariate analyses using logistic regression models were conducted, with a p value of <0.10 defined as statistically significant, to select independent factors associated with specified outcomes.

For more detailed information, please refer to the methodology section of the 2006 Public Health Agency of Canada report *Street Youth in Canada: Findings from Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth 1999–2003*.<sup>13</sup> For the purposes of this report, younger youth are defined as those 15 to 19 years of age, while older youth are defined as those 20 to 24 years of age.

#### 2.1.1 Analysis terms

**Univariate analysis** examines the relation of one independent variable to the outcome variable of interest, without taking other potential independent variables into account. In this report, univariate analysis was conducted using the chi-square test for heterogeneity.

**Statistically significant relationships** in univariate analyses are defined by a p value <0.05 and are denoted by § in this report.

**Multivariate analysis** examines numerous factors or variables simultaneously: that is, it examines the relation of each independent variable to the outcome variable of interest while controlling for other variables. Logistic regression analysis was employed for multivariate analysis.

**Independent associations** were determined by multivariate analysis. They are denoted by <sup>1</sup> in this report. Variables found to be significantly associated with outcomes of interest in univariate analysis were included in multivariate analysis and were as follows: age; sex; previous STIs; age at initiation of sexual activity; number of sexual partners over lifetime; having been in jail, foster care, and/or group homes; having been assigned to a social worker; having had unwanted sex; having been expelled from school; having dropped out of school; and perceived risk of contracting STIs.

## 2.2 Laboratory Methods

A polymerase chain reaction (PCR) test was used to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* (Roche Amplicor). Herpes simplex virus (HSV) antibody was screened using an HSV I/II enzyme immunoassay (EIA) (Meridian); repeatedly reactive and discordant results on EIA were confirmed by type-specific line immunoassay (MRL Diagnostics). Hepatitis C virus (HCV) antibody was screened using an EIA (Ortho HCV 3.0); repeatedly reactive results on EIA were confirmed by recombinant immunoblot assay (RIBA) (HCV 3.0 RIBA). PCR testing was used to detect recent seroconversion if the RIBA (v3) result was indeterminate. Testing was also done for hepatitis B virus (HBV) serology markers (antibodies to HBV surface antigen and core antigen). Syphilis testing was performed using serological testing (rapid plasma reagent [RPR]/Venereal Disease Research Laboratory [VDRL]) followed by confirmatory testing (fluorescent treponemal antibody absorption [FTA-ABS]/[microhemagglutination assay—*Treponema pallidum* [MHA-TP]]).

## 2.3 Limitations

E-SYS has several limitations that should be noted.

- First, it is cross-sectional in design. As is the case for all cross-sectional research, it does not allow causality to be established.
- Second, the sample is limited to seven urban centres across Canada. This could be viewed as both a strength and limitation. It is a strength in that it documents the presence and the plight of street youth in cities, where they are most often situated. The limitation is that the findings may not be applicable to other geographic areas or to less populated areas.
- Third, the recruitment of youth involved informal snowball sampling methods; the study was well advertised and news of it passed verbally to potential participants without the use of specific geographic sampling frames or direct linked referrals. While this technique has been shown to be effective in hard-to-reach populations such as street youth, it could result in a selection bias.
- Finally, findings were based on self-reported data. As such, veracity of the information provided could not be established except for specific STIs and BBIs, for which blood or urine testing was performed. Also, street youth in this sample may have been reluctant to report socially undesirable behaviours such as unprotected sex, commercial sex trade work or injection drug use.



### 3. Demographic Profile of E-SYS Participants

Table 1. shows selected demographic characteristics of the street youth population for the survey years.

Table 1. Overview of socio-demographic characteristics of street youth in E-SYS

Demographics <sup>a</sup>	1999 (N <sup>b</sup> = 1645)	2001 (N = 1427)	2003 (N = 1656)
<b>Gender</b>			
Male	61.7	56.6	62.9
Female	38.3	43.4	37.1
<b>Mean age (years)</b>			
	18.9	19.0	19.7
<b>Age Category</b>			
15–19 years	63.5	68.0	56.9
20–24 years	36.5	32.0	43.1
<b>Place of birth</b>			
In Canada	92.2	92.9	91.9
Outside Canada	7.9	7.1	8.1
<b>Ethnic origin<sup>c</sup></b>			
Aboriginal <sup>d</sup>	27.7	33.6	36.3
Caucasian	63.3	60.1	59.5
African/Black	4.3	4.2	5.3
Others	8.5	8.5	7.0

<sup>a</sup>Data are % unless otherwise indicated.

<sup>b</sup>N=denominator (number of youth recruited).

<sup>c</sup>Youth were allowed to report more than one ethnic origin; therefore, total percentages may add up to more than 100%.

<sup>d</sup>Aboriginal includes First Nations, Métis, Inuit and other Native peoples.

There were more male participants, with a ratio of approximately 2 males to 1 female in all survey years. The age of street youth ranged from 15 to 24 years, with an average of approximately 19 years across all years of recruitment. Fewer than 10% of study participants reported being born outside of Canada. Youth were of varied ethnic backgrounds, with about 60% overall reporting Caucasian origins and about 30% reporting Aboriginal ethnicity; about 12% reported African, Asian, Middle Eastern and other ethnicities.



## 4. Substance use

### 4.1 Smoking

Smoking, a highly addictive habit, is among the leading causes of premature death and morbidity worldwide.<sup>14</sup> Cigarettes kill half of all lifetime users, and tobacco kills more than AIDS, legal and illegal drugs, road accidents, murder and suicide combined.<sup>14</sup> Each year in Canada over 45 000 people die from tobacco-related causes (this includes those exposed to second-hand smoke).<sup>15</sup> Smoking is a major cause of respiratory disease, cancer and circulatory disease. It also has an enormous burden on society, directly and indirectly, in terms of lost economic productivity and health care expenditure.<sup>15</sup>

Consistently throughout the three phases of data collection, about 80% of youth reported smoking cigarettes every day. As Figure 1 shows, the proportion of youth who reported smoking daily was very high (84.3% in 1999, 82.5% in 2001 and 78.8% in 2003). The proportion of youth who reported smoking occasionally was 5.7%, 7.2% and 9.2% in 1999, 2001 and 2003, respectively. There were no major differences by age group or gender in the proportions of street youth who reported smoking every day (Figure 2).

Figure 1. Everyday and occasional smoking among street youth

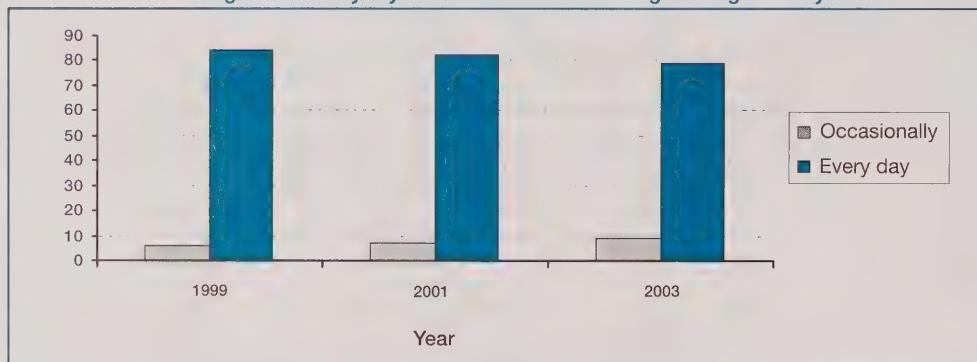
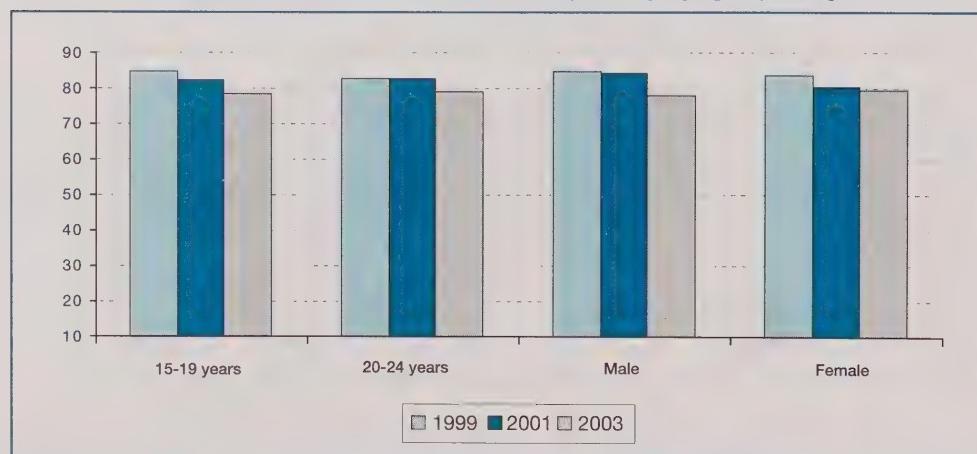


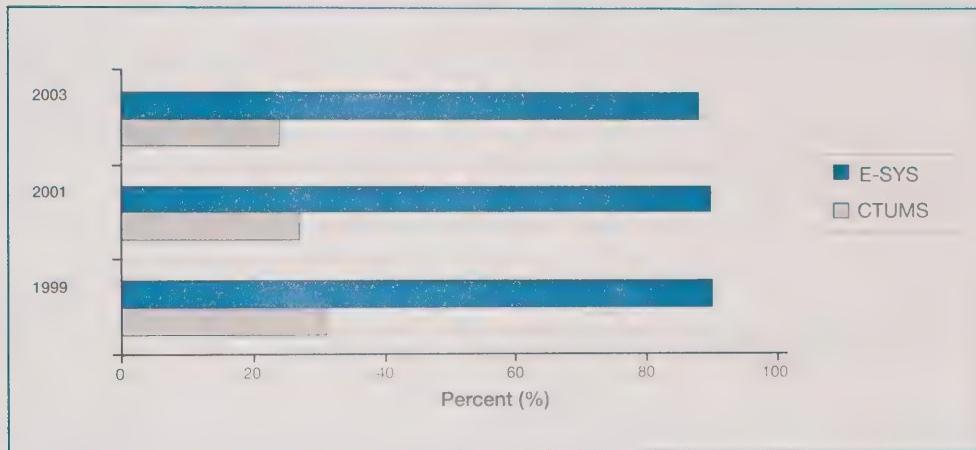
Figure 2. Everyday smoking in street youth by age group and gender



Based on 1999 and 2001 data (the question was not asked in 2003), street youth smoked approximately 15 cigarettes per day (females 14 to 16 and males 16 to 18 cigarettes per day); about 72% of smokers smoked more than 10 cigarettes daily.

Figure 3 compares the proportion of smokers among street youth (E-SYS) vs. the general youth population. The Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS)<sup>16</sup> is a general population survey that tracks smoking status and amount smoked, especially among those 15 to 24 years old, the age group at most risk of taking up smoking. It shows that overall, the proportion of smokers among youth aged 15 to 24 has dropped to 24% in 2003 from 31% in 1999. Likewise, the Ontario Student Drug Use Survey (OSDUS),<sup>17</sup> the longest ongoing provincial survey of student drug use in Canada, reported that smoking rates among students in Ontario are currently on a downward trend. In the general population, youth aged 15 to 19 years reported consuming an average of 11.6 cigarettes per day, with males on the average smoking 2.2 more cigarettes daily (13.8) than their female counterparts (11.6). In contrast, E-SYS has found that rates of smoking among street youth have remained consistently high.

**Figure 3. Proportion of smokers in youth aged 15 to 24 in CTUMS and E-SYS**



CTUMS=Canadian Tobacco Use Monitoring Survey

E-SYS=Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth

As seen in the literature, factors associated with youth tobacco use include low socioeconomic status; use and approval of tobacco use by peers or siblings; smoking by parents or guardians; accessibility, availability and price of tobacco products; perception that tobacco use is normative; lack of parental support or involvement; low levels of academic achievement; lack of skills to resist influences to tobacco use; lower self-image or self-esteem; belief in functional benefits of tobacco use; and lack of self-efficacy to refuse offers of tobacco.<sup>18,19</sup> For street youth recruited in E-SYS, having been in jail or in a detention centre and having been expelled from school or having dropped out of school were important factors<sup>§</sup> predicting smoking.

## 4.2 Alcohol Use

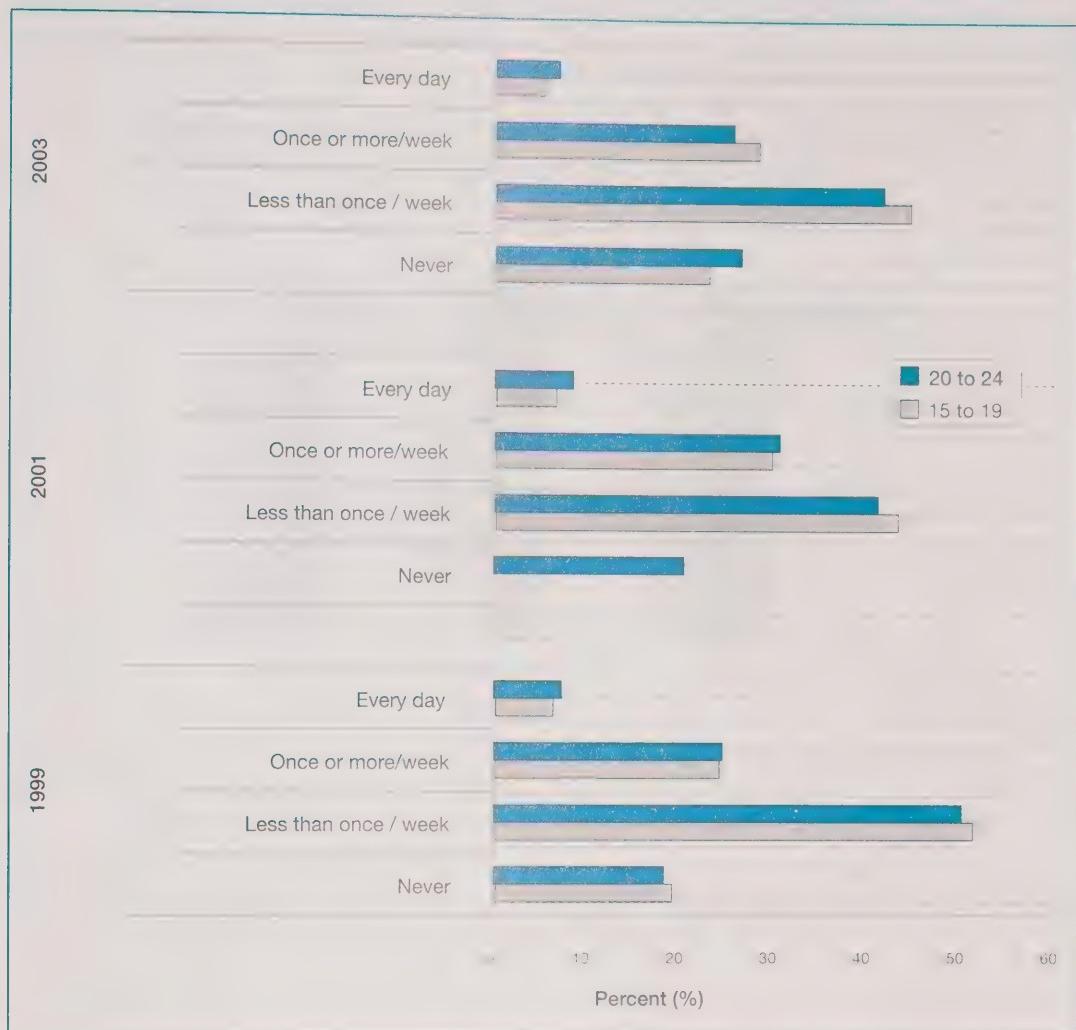
Alcohol abuse, including binge drinking, is a significant substance abuse problem and a major health and social concern. Alcohol produces a strong dose-response effect, depending on individual characteristics. Continuous and excessive use of alcohol can lead to a variety of serious adverse short- and long-term health conditions, such as alcohol poisoning, cirrhosis of the liver, kidney failure, depression, and impaired judgment leading to vehicular fatalities and alcohol related hospitalizations, among others.<sup>20,21</sup>

Numerous studies exist on the risk factors or predictors of alcohol use and abuse in youth.<sup>1,2,9-11,22-30</sup> Most of these studies suggest that the reasons why adolescents use alcohol are complex but may include curiosity, a need to fit in with friends and a desire to relax and escape problems. Other important risk factors common to all substance abuse and addiction issues are peer risk behaviour and parental and peer influences. Peer risk behaviour reflects attitudes and decisions about involvement in substance use. Parents' drinking behaviour and favourable attitudes about drinking or the use of drugs are associated with adolescents' initiating and continuing drinking.<sup>24-28</sup> Early initiation of drinking has been identified as an important risk factor for later alcohol-related problems.

In the 12 months prior to the Canadian Addiction Survey, 79.3% of Canadians aged 15 or older reported alcohol consumption, 14% were former drinkers (those who had consumed alcohol in their lifetime but not in the past 12 months) and 7% were lifetime abstainers (had never consumed alcohol in their lifetime). Among youth 15 to 24 years of age, 83% were current drinkers, 8% were former drinkers and 9% were abstainers. Among current drinkers aged 15 to 24, 13.8% reported heavy drinking (five or more drinks on a single occasion) at least once a week, and 46.0% reported this pattern of drinking at least once a month.<sup>22</sup>

The proportion of street youth in E-SYS who reported consuming alcohol in the 3 months prior to the interview was 80.6% in 1999, 79.1% in 2001 and 75.7% in 2003. Over 30% of street youth reported drinking at least once a week in the 3 months prior to the study. About 5% of youth reported drinking every day in all cycles of the survey. The proportion of non-drinkers ranged from 18.6% in 1999 to 24.2% in 2003. A greater proportion of female street youth self-reported as being non-drinkers or occasional drinkers; this proportion remained consistent across survey years. As shown in Figure 4, the frequency of drinking was fairly similar in younger and older street youth across the survey period.

**Figure 4. Alcohol use in the previous 3 months among street youth by age category**

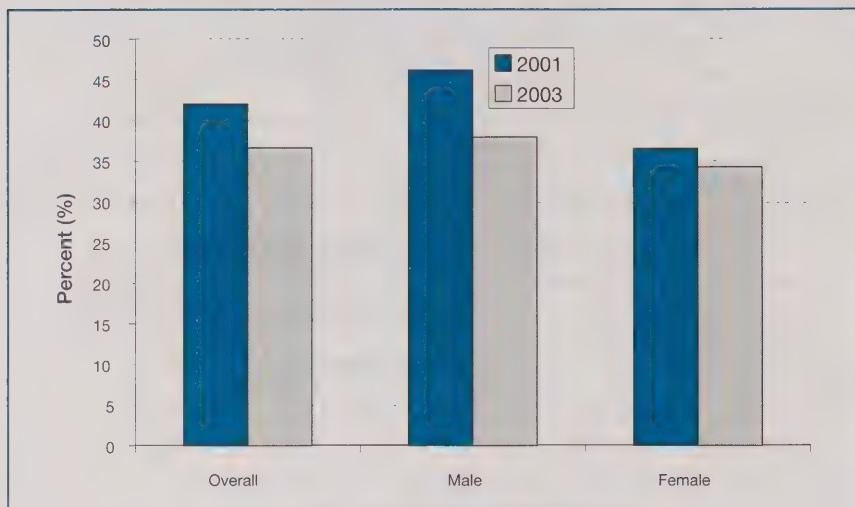


Factors significantly<sup>§</sup> associated with drinking for street youth include experiencing sexual and other types of abuse; involvement in the sex trade; having been in jail or a detention centre; and having been expelled from or dropped out of school.

## 4.3 Recent Alcohol Intoxication

Recent alcohol intoxication is captured in E-SYS as being “drunk” 1 or more days in the previous 3 months. Overall, among current drinkers, the proportion of street youth who reported recent intoxication was 42.0% in 2001 and 36.6% in 2003 (Figure 5).

**Figure 5. Intoxication in the previous 3 months among street youth who reported drinking in the previous 3 months (2001 and 2003)**



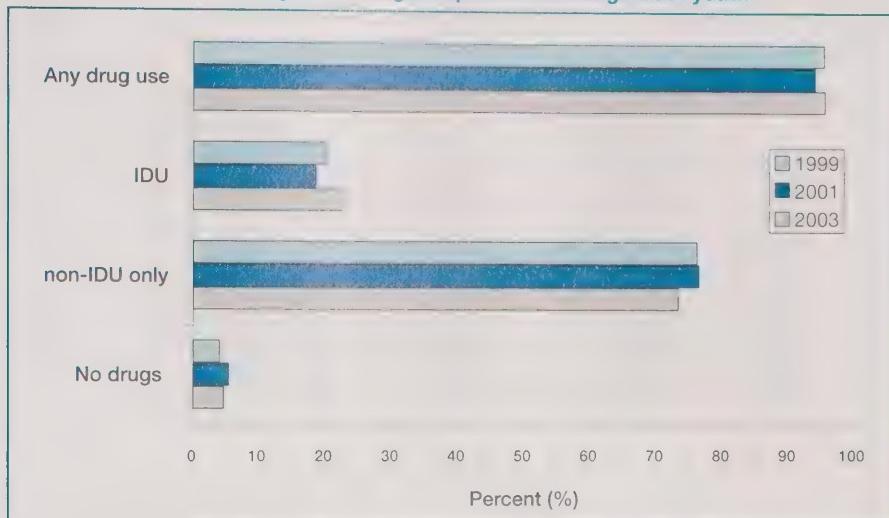
In 2003, male street youth were more likely than females to report recent intoxication (37.9% vs. 34.2%). The proportion of street youth who reported having sex after recent intoxication was consistently high (approximately 59%) in all phases of E-SYS data collection.

Risk factors significantly<sup>§</sup> associated with recent intoxication in street youth in 2001 and 2003 include having been expelled from or dropped out of school; having experienced any type of abuse; involvement in the sex trade; and having been in jail or a detention centre.

#### 4.4 General Drug Use Patterns

Results from E-SYS show that the proportion of street youth who reported ever using any type of drugs is very high (Figure 6). The combined proportion of overall drug use in this category was 95.2%, 93.8% and 95.3% in 1999, 2001 and 2003, respectively. Only a small proportion of youth reported never using any type of drugs. Furthermore, it was also evident that of those youth who used drugs by means of injection, the majority also used other drugs by non-injection means.

Figure 6. Drug use patterns among street youth



IDU=injection drug use

With respect to youth in the general population, the Canadian Addiction Survey<sup>22</sup> (2004) revealed that about 37% of youth aged 15 to 24 years reported having used cannabis/hash in the previous 12 months and 61% reported having done so in their lifetime. It was also reported that cannabis (marijuana) was the most commonly used drug, and males were more likely to use it.

Similarly, the OSDUS<sup>17</sup> describes changes in rates of substance use among youth in the 1980s, 1990s and currently. The results show that the usage rate for inhalants, cannabis hallucinogens other than LSD or PCP, and ecstasy decreased during the 1980s, increased during the 1990s and is currently stable at elevated rates. LSD use also decreased during the 1980s and increased during the 1990s but is currently showing downward trends. Cocaine use, and to a lesser extent crack, decreased in the 1980s and showed upward trends during the 1990s, while heroin, PCP and methamphetamine use have been at low and stable rates over time.

## 4.5 Non-Injection Drug Use

E-SYS revealed that the exclusive use of drugs by non-injection means (e.g. crack, cocaine, ecstasy or crystal meth but excluding alcohol and tobacco) has remained consistently high over the duration of the study (more than 70% in 2003) (Figure 7). The most commonly used drug in the previous 3 months by street youth who reported using drugs by routes other than injection was marijuana (Figure 8). Males were more likely to report marijuana use.

Figure 7. Exclusive use of drugs by non-injection among street youth

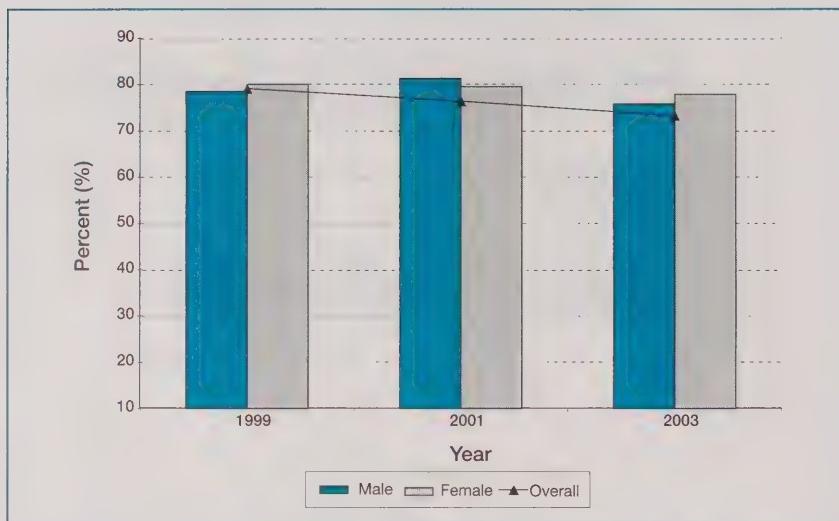
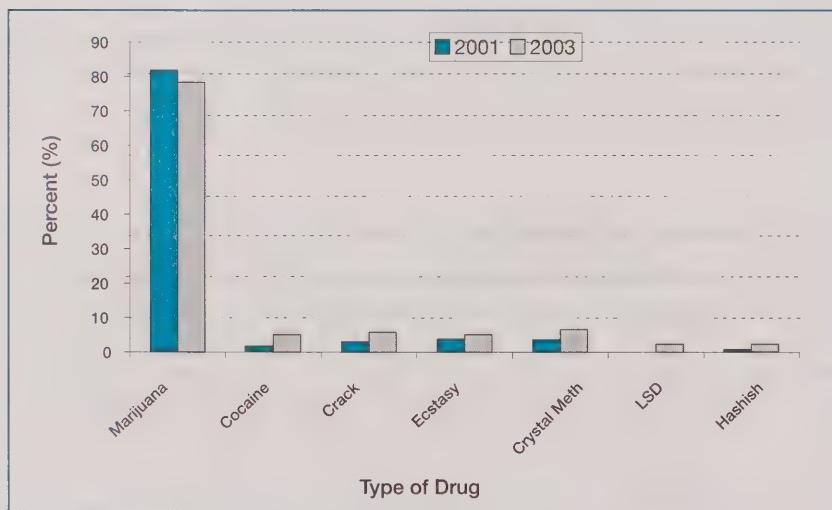


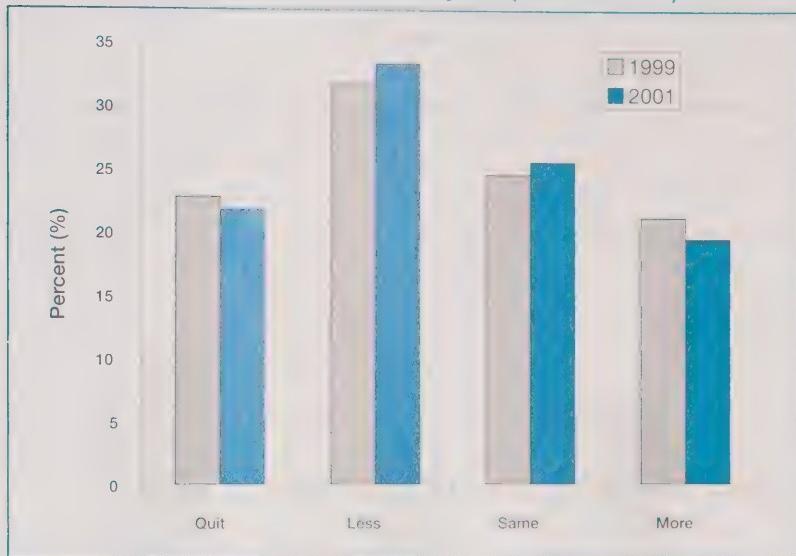
Figure 8. Most commonly used non-injection drugs in the previous 3 months among street youth who reported using non-injection drugs (2001 and 2003)\*



\*Youth were allowed to report more than one drug; percentages therefore exceed 100%. They could also use any number of names for drugs (including street names).

Figure 9 provides information on non-injection drug use patterns in street youth in 1999 and 2001. Overall, approximately 22% of non-injection drug users reported that they had quit using drugs in the 3 months prior to the interview. Half of those who quit reported doing so using drug treatment services.

**Figure 9. Non-injection drug use behaviour in the previous 3 months among street youth (1999 and 2001)\***



\*Question not asked in 2003.

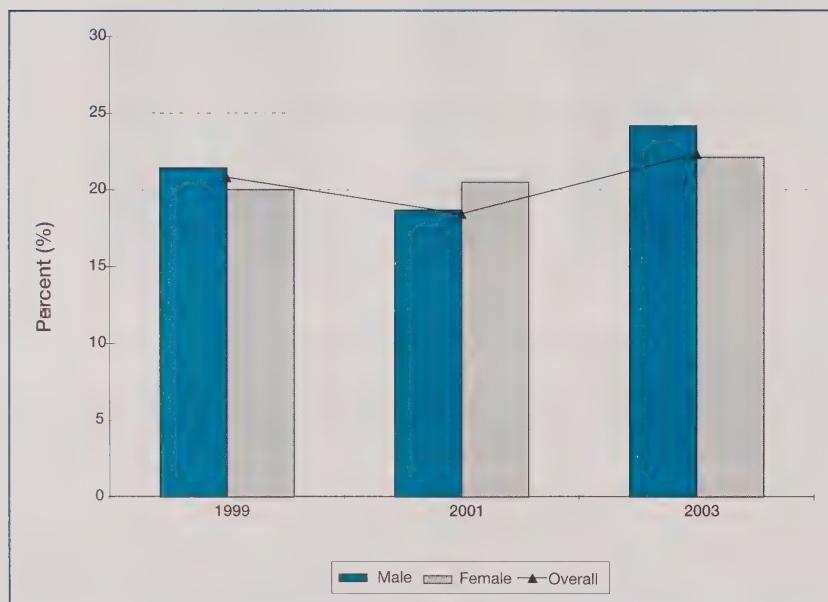
Risk factors associated<sup>§</sup> with an elevated likelihood of reporting drug use by means other than injection include ever having a social worker; ever living in a group or foster home; being expelled from school; and ever being in a jail or detention centre. Street youth who had contact with either parent in the 3 months prior to the study were less likely to report non-injection drug use than those with no parental contact. Experiencing abuse was not significantly<sup>§</sup> associated with non-injection drug use; neither was the mother's or father's own injection drug use. There also seems to be a relationship between the length of time spent on the street and the types of drugs used.

## 4.6 Injection Drug Use

The use of drugs by injection represents a major and increasingly important public health challenge. The general resurgence of drug use in youth and the emergence of injection drug use as a major risk factor for HIV, hepatitis viruses and other blood-borne pathogens are the main reasons for this conundrum.<sup>31</sup> Although injection drug use ultimately impacts all of Canadian society, some sections of the population are disproportionately affected.<sup>30,31,32</sup> Aboriginal Canadians, homeless people, incarcerated populations and street youth are the main high-risk groups when it comes to injection drug use.<sup>1</sup>

E-SYS results show that about 20% of street youth reported ever using injection drugs (20.8% in 1999, 18.4% in 2001 and 22.3% in 2003; Figure 10). There were significant<sup>8</sup> differences between street youth who injected drugs and those who did not, as shown in Table 2.

Figure 10. Injection drug use among street youth



**Table 2: Characteristics of street youth with and without a history of injection drug use (2003)**

<b>Characteristic</b>	<b>Ever IDU %*† n=370</b>	<b>Never IDU %*† n=1291</b>
<b>Age</b>		
15-19 years	40	62
20-24 years	60	38
Permanently dropped out of school	52	38
Permanently expelled from school	46	35
Not living with parents/caregivers because of abuse/neglect	60	52
Not living with parents/caregivers for at least 1 year	82	62
In contact with parent/caregiver in past 3 months	77	83
Hanging out more than 40 hours/week	61	44
Parents/caregivers characteristics*:		
Hit/assault one another	47	38
Father ever injected drugs	23	14
Mother ever injected drugs	21	12
Mother and father ever injected drugs	11	5
Main theme of most arguments:		
Youth's drug/alcohol use	14	9
Parent's drug/alcohol use	15	8
Youth ever lived on the streets all the time	80	62
Ever had a social worker	78	68
Ever been in foster care	52	40
Ever been in a group home	54	45
Ever been in a detention centre, prison, or jail	84	56
Ever had a probation officer	73	51
Any illicit income over past 3 months (includes sex trade, stealing and selling drugs)	71	40
Primarily illicit income over past 3 months	45	19
Recent alcohol intoxication in past 3 months	38	25
Ever use non-injection drugs	99	94

Characteristic	Ever IDU %*† n=370	Never IDU %*† n=1291
†Non-Injection drugs used most often in the past three months:		
Crystal methamphetamine	18	6
Cocaine	11	5
Crack	14	5
Heroin	4	2
Ketamine	4	2
Speed	4	1

IDU=injection drug use

\*Percentages are based on the number of non-missing observations.

†Percentages are significantly different at a p value of <0.05.

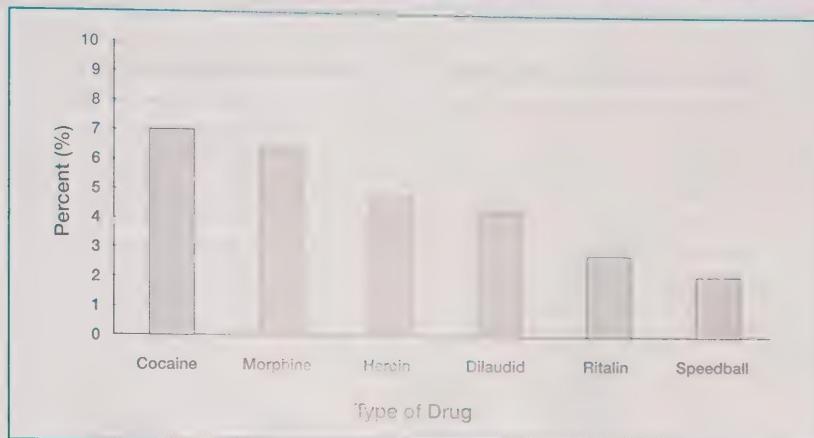
△Characteristic has non-mutually exclusive categories.

Compared to street youth who had never injected drugs, injection drug users were older, more likely to be born in Canada and more likely to have permanently dropped out of school. In addition, parents or caregivers of injection drug users were more likely to be physically violent and to inject drugs themselves, with the main theme of most family arguments being drug and alcohol use. Drug-injecting youth were less likely to be living with their parents or caregivers because of abuse or neglect and were less likely to have contacted their parents in the previous 3 months.

Furthermore, and consistent with a more adverse family situation, injection drug users were more likely to have had a social worker, been in foster care, lived in a group home and lived full-time on the streets. They also reported more criminal behaviour, with 84% spending at least one night in a detention centre, prison or jail and 71% reporting illicit income sources such as the sex trade, stealing and selling drugs.

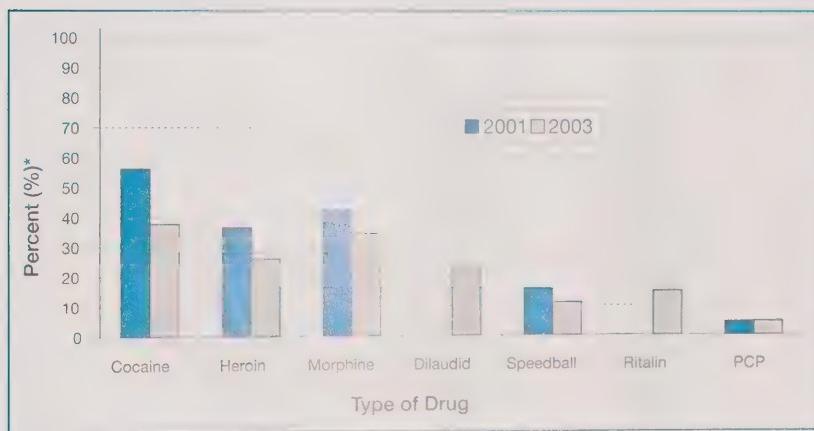
A greater proportion of injection drug users reported recent alcohol abuse and sex during binge drinking. Injection drug users were also more than twice as likely to report using crystal methamphetamine, cocaine, crack, heroin, ketamine and/or speed over the 3 months prior to the interview.

**Figure 11. Most commonly used injection drugs in the previous 3 months among street youth (2003)**



Despite variations in the most commonly injected drugs during the survey years, overall some of the most commonly injected drugs among street youth were cocaine, heroin, morphine and speedballs (cocaine and heroin combined) (see Figures 11 and 12). In 2003, about 31% of injection drug users reported that they had borrowed injection equipment.

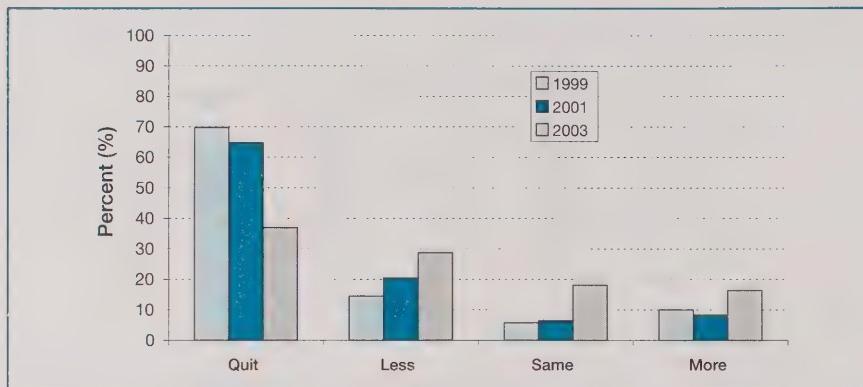
**Figure 12. Most commonly injected drugs in the previous 3 months among street youth who injected drugs (2001 and 2003)**



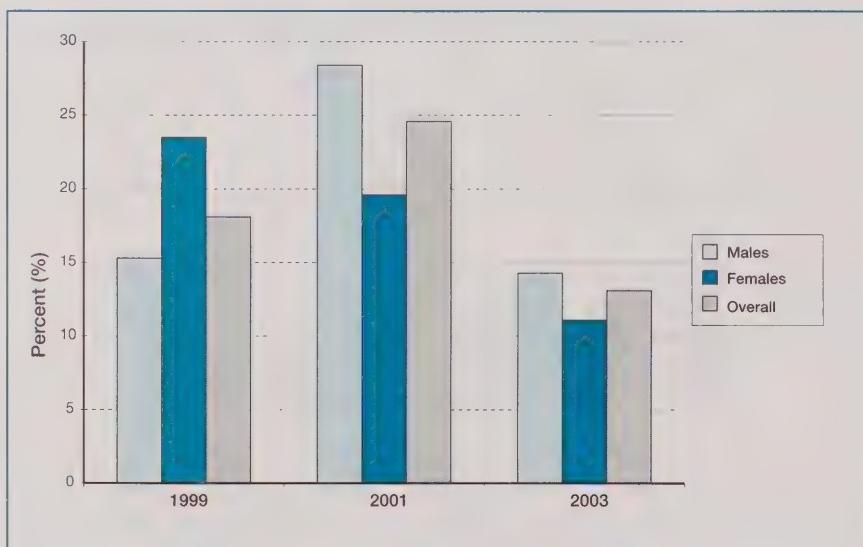
\*Youth were allowed to report injecting more than one drug; percentages therefore exceed 100%.

In 2003, nearly 40% of injection drug users reported that they had quit injecting drugs (Figure 13). Of these, 13% quit injecting drugs using drug treatment services (Figure 14).

**Figure 13. Injection drug use behaviour in the previous 3 months among street youth**



**Figure 14. Street youth who reported using Treatment services to quit Injection drug use 2001**



When comparing injection drug users to non-injection drug users or youth who reported no drug use of any type in multivariate analysis, independent risk factors<sup>1</sup> for injection drug use were age, sex, having ever been in jail, dropping out of school, leaving home because of abuse, having a mother who injected drugs, ever living on the street and amount of time spent on the street.

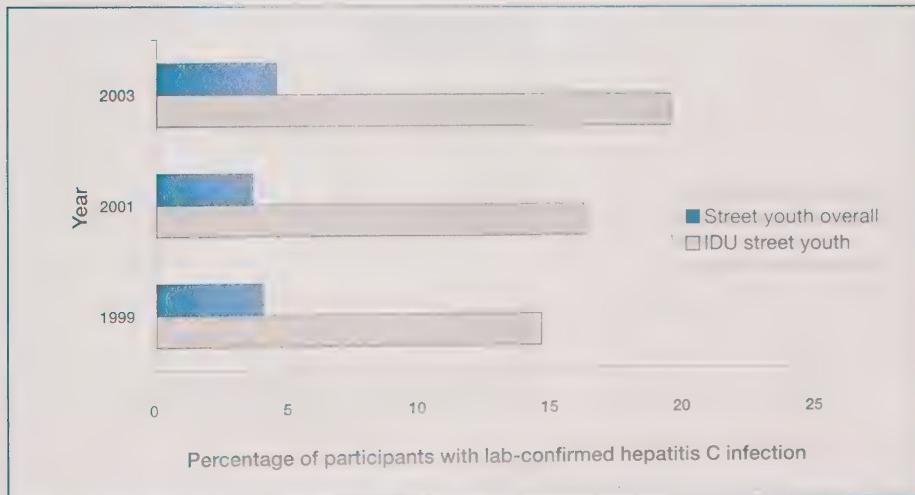
In all survey years, older youth were at least nine times more likely to report using injection drugs than younger youth, and youth who used injection drugs were at least 15 times more likely to report that they had been in a detention centre compared to non-injection drug users or youth who used no drugs at all.

In 1999, significant predictors<sup>1</sup> of injection drug use were dropping out of school, leaving home because of abuse, ever living on the street and having a mother who injected drugs. In 2001 and 2003, youth who had spent 4 or more weeks on the street in the previous month were also more likely to report using drugs than youth who had spent 1 day or 1 week on the street.

#### 4.6.1 Injection drug use and hepatitis C

Injection drug use is significantly associated with hepatitis C virus (HCV) infection. Figure 15 shows that the rate of HCV infection is about 4-5 times higher in street youth who reported injecting drugs compared to street youth overall. High-risk behaviours such as sharing injection equipment and having sex without protection are some of the reasons for the high rates of HCV infection in injection drug users.

Figure 15. Rates of hepatitis C virus infection among street youth





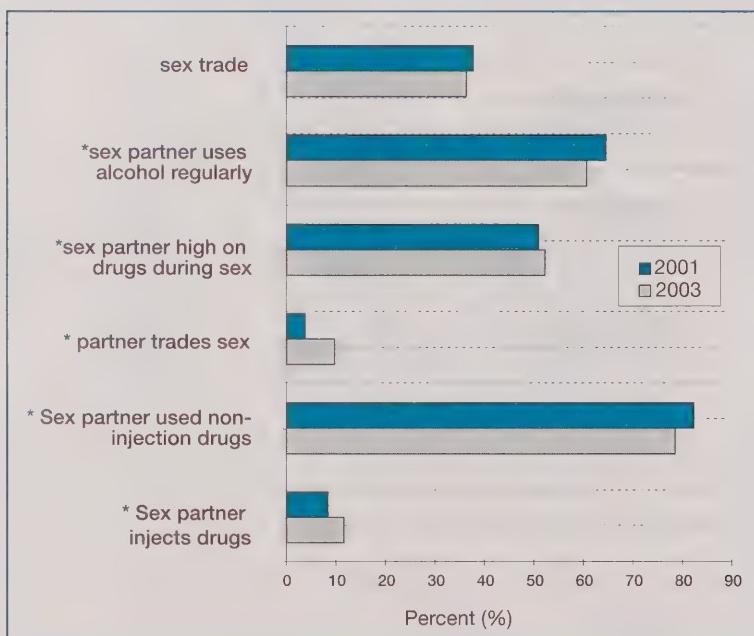
## 5. Sexual Behaviours and STIs

Often street youth are unaware of or express being unconcerned about the effects of drug use on their health or other dangers related to addiction and substance use. Drug use, especially injection drug use, is often associated with other high-risk behaviours, such as involvement in the sex trade, criminal activity, unsafe sex and sharing needles.<sup>32</sup>

The proportion of street youth who reported having sex while intoxicated with alcohol has remained consistently high: 56.8% in 1999, 59.5% in 2001 and 58.0% in 2003. There was no significant<sup>§</sup> difference between gender and age group. Almost one-third (30.9%) of street youth report having received substances such as cigarettes, drugs or alcohol and then felt obliged to have sex.

Figure 16 describes the sexual behaviours of street youth who reported using injection or non-injection drugs. The proportion of youth who reported trading sex in the previous 3 months was 37.7% in 2001 and 36.3% in 2003. In addition, approximately, 60% of street youth reported that their sexual partner used alcohol regularly in 2001 and 2003. Half of the study participants also reported that their sexual partners were "high" on drugs during sex in 2003. A larger proportion of street youth also reported that their sexual partners used non-injection drugs (82.3% in 2001 and 78.5% in 2003).

Figure 16. Sexual behaviours in the previous 3 months among street youth  
who reported drug use (injection and non-injection) (2001 and 2003)



\*Question not asked in 1999

Overall, STI rates were not found to be significantly<sup>†</sup> higher in street youth with a recent history of alcohol intoxication than in those without such a history. In 1999, the rate of chlamydia was found to be significantly<sup>§</sup> higher in *ex-vivo* reported use of crystal methamphetamine than those who did not (17.2% vs. 8.6%, respectively) among females (33.3% vs. 9.4%). In 2003, the rate of gonorrhea was significantly<sup>§</sup> higher in street youth who reported using crystal methamphetamine than those who did not (10.1% vs. 2.8%), while the rate of genital herpes (HSV-2) was significantly higher in street youth who reported any drug use (whether by injection or not) than those who reported no drug use (26.8% vs. 16.7%).

The proportion of youth who reported that their sexual partner had ever been told they had an STI remained high: 21.8% in 1999 and 16.7% in 2003 among youth who reported drug use, compared to 13.6% in 2001 and 10.1% in 2002 among youth who reported never using drugs.

Consistent with their greater risk behaviour, injection drug users compared to non-injection drug users were almost twice as likely to have had an STI. They also had a greater number of sexual partners over their lifetime, were more likely to be sexually involved with high-risk partners, such as other injection drug users, individuals with STIs and sex trade workers; and reported a higher rate of unwanted sex, obligatory sex and the sex trade (Table 3).

**Table 3. Sexual history of street youth with and without a history of injection drug use (2003)**

<b>Sexual History</b>	<b>IDU *† N=370 (%)</b>	<b>Never-IDU *† N=1291 (%)</b>
Ever had sexual activities, %	99	96
Any same sex behaviour, %	34	20
Mean number of lifetime sexual partners, n	73.4	19.5
Did not use a barrier during most recent sexual encounter(s), %	59	49
Ever had an STI, %	38	23
Ever had unwanted sex, %	27	15
Ever had obligatory sex, %	32	14
Ever traded sex, %	37	15

IDU=injection drug use

\*Percentages are based on the number of non-missing observations..

†Percentages are significantly different at a p value of <0.05.

Furthermore, a greater proportion of injection drug users reported not using a barrier for protection during their most recent sexual encounter(s), and a greater proportion of injection drug users reported having same-sex partners.



## 6. Implications

The results from this study have significant implications for intervention in the street youth population. Street youth reported use of substances such as cigarettes, alcohol and several drugs. The rates of non-injection and injection drug use among street youth make it clear that actions are needed to reduce the rates of substance abuse and lessen the impact of social and physical harms associated with use of these substances.

Harm reduction approaches — including providing information about safe drug use and safe sexual behaviours, facilitating a return to school or encouraging alternative education programs — also need to be available to street youth. There is also a need to work with the education system to identify youth who are at high risk of becoming street-involved and to offer preventive interventions.

A number of factors are associated with smoking in youth, including age, absence from school and exposure to smoking at home and among peers.<sup>33</sup> E-SYS confirms this among street youth. Public health interventions aimed at reducing smoking in society, such as banning smoking in bars/restaurants/workplaces, may be less likely to reach street youth. Even broad-reaching media campaigns may be ineffective with this population, depending on how they are delivered, since TV commercials and newspaper ads may not reach street youth as they would the general population. Effective interventions need to be developed to target this section of the nation's youth.

Alcohol, the most widely used and abused drug among youth, presents an interesting and unique challenge. Unlike other psychoactive substances, alcohol use is thoroughly integrated into the social customs and commerce of society.<sup>20</sup> As such, initiatives aimed at preventing or reducing alcohol abuse in marginalized populations such as street youth need to be cognizant of their unique circumstances and modify them accordingly. Designing messages that are sensitive to street-life culture and subcultures with practical information or alternative solutions to meeting basic daily needs may be beneficial. The same street youth-centred approach could be used with respect to drug use in general.

An integrated approach to developing and implementing intervention programs for the street youth population would ensure that they are able to get the help they need in different areas. A multifaceted, gender-based approach addressing broader determinants of health is needed, as single-issue public health interventions are unlikely to address the root causes of risk behaviours. For example, street youth who have experienced family problems and abuse may require protection and mental health services as opposed to correctional services when they come in contact with the judicial system.

Findings from E-SYS show that overall, more than 20% of street youth reported injection drug use in all survey years. Infections such as hepatitis C most often occur as a direct result of injection drug use among street youth, caused by sharing needles. For instance, in 2003, only youth who used drugs by means of injection reported ever having hepatitis C infection.

This presents an opportunity for informative and preventive measures to reduce hepatitis C infection. Making treatment available and accessible to street youth and establishing educational preventive initiatives and programs on the risks associated with injection drug use in major urban centres may be useful in dealing with the issue.

Approximately one-fifth of street youth reported injecting drugs, such as cocaine, heroin or crystal methamphetamine. Injecting drugs is often associated with other high-risk behaviours, such as involvement in illegal activity, unsafe sex and sharing needles. The amount of time spent on drugs may be linked to the likelihood of youth using drugs by means of injection; early interventions for street youth about the dangers of injection drug use and addiction may help prevent youth from beginning injection drug use. Finally, there is a need for community-based interventions on Canada's street youth to provide more detailed information regarding the most acceptable programs and acceptable method of delivery for this diverse group.



## 7. Conclusions

This report has presented a snapshot of the unique conditions that street youth are experiencing. Issues associated with elevated substance use are a major burden for all of Canadian society to deal with.

Substance abuse problems, especially in street youth, place a high financial burden on the health care and social infrastructure system. Canada's youth incarceration rate is among the highest in the Western world. In 1989–90, approximately 37 000 young persons appeared in Canada's courts, 62% of them for property offences, 18% for violent crime and 4% for directly drug-related offences.<sup>34</sup> A study conducted in April 2002 by the Canadian Centre on Substance Abuse suggested that there may be a link between substance abuse and crime.<sup>35</sup> All Canadians have an interest in reducing the rates of substance abuse among youth in general, and among street youth in particular, which in turn may result in better health, fewer run-ins with the law and lower rates of STIs or BBIs in Canadian youth overall.

Interventions aimed at street youth and substance abuse are often difficult to develop due to shifting or unstable living environments, lack of social infrastructure with which to implement prevention programming and lower school attendance compared to general youth populations. As such, more integrated approaches need to be adopted to effectively address substance abuse in street youth. Targeting troubled youth before drug use and addictions begin may be the key to effectively dealing with substance abuse issues.

The results of this study show that street youth are an important and diverse segment of the Canadian population, and it is imperative that policy makers across Canada — in regional, provincial, territorial and national governments — ensure that Canadian street youth have access to education, social and health services that are tailored to meet their unique needs.



## 8. References

1. Preventing Substance Use Problems Among Young People — A Compendium of Best Practices. Ottawa, ON: Health Canada; 2001. H39-517/2001-5. Available at: [www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogues/prevention-best-practices\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogues/prevention-best-practices_e.pdf). Accessed October 23, 2006.
2. Jessor R. Adolescent development and problem behavior. In: Annis H, David C, eds. Drug Use by Adolescents: Identification, Assessment, and Intervention. Book of Readings. Toronto, ON: Addiction Research Foundation; 1991.
3. Radford JL, King A, Warren WK. Street youth in Canada. Ottawa, ON: Health and Welfare Canada; 1989.
4. Fitzgerald MD. Homeless youths and the social welfare system: implications for policy and service. *Child Welfare* 1995;74:717-730.
5. Plitt SS, Sherman SG, Strathdee SA, et al. Herpes simplex virus 2 and syphilis among young drug users in Baltimore, Maryland. *Sex Transm Infect* 2005;81:248-253.
6. Roy E, Haley N, Leclerc P, Boivin JF. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *JAMA* 2004;292:569-574.
7. Roy E, Haley N, Leclerc P, Cetron M, Boivin JF. Drug injection among street youths in Montreal: predictors of initiation. *J Urban Health* 2003;80:92-105.
8. Roy E, Lemire N, Haley N, Boivin JF, Frappier JY, Claessens C. Injection drug use among street youth: a dynamic process. *Can J Public Health* 1998;89:23-25.
9. Tapert SF, Aarons GA, Sedlak CJ. Street substance use and sexual risk-taking behaviour. *J Adolesc Health* 2001;28:181-189.
10. Testa M, Collins RL. Alcohol and drug use and sexual risk behaviour: event-based analyses among a sample of high-risk women. *Psychol Addictive Behav* 1997;11:190-201.
11. Roy E, Haley N, Leclerc P, Cetron M, Boivin JF. Drug injection among street youth: the first time. *Addiction* 2002;97:1003-1009.
12. Faugier J, Sargeant M. Sampling hard to reach populations. *J Adv Nurs* 1997;26:790-797.
13. Street Youth in Canada: Findings from Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth, 1999-2003. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada; 2006. HP5-15/2006. Available at: [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports\\_06/pdf/street\\_youth\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports_06/pdf/street_youth_e.pdf). Accessed October 23, 2006.
14. Mackay J, Eriksen M. *The Tobacco Atlas*. Geneva: World Health Organization; 2002. Available at: [www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf](http://www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf). Accessed October 23, 2006.
15. The National Strategy: Moving Forward — The 2005 Progress Report on Tobacco Control. Ottawa, ON: FPT Advisory Committee on Population Health and Health Security, Health Canada; 2005. H128-1/05-442. Available at: [www.hc-sc.gc.ca/nvhs/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/tobac-tabac/foward-avant/foward-avant\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/nvhs/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/tobac-tabac/foward-avant/foward-avant_e.pdf). Accessed October 23, 2006.
16. Health Canada. Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS) 2004. Available at: [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/research/ctums/](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/research/ctums/). Accessed October 23, 2006.

17. Adlaf EM, Paglia A. *Drug Use among Ontario Students: Findings from the OSDUS 1977–2003*. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health; 2003.
18. *Preventing Tobacco Use among Young People: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health; 1994.
19. *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health; 2000.
20. Thomas G. *Alcohol-Related Harms and Control Policy in Canada*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse; 2004.
21. Mann RE, Rehn JT, Giesbrecht N, et al. *Alcohol Distribution, Alcohol Retailing and Social Responsibility: A Report Submitted to the Beverage Alcohol System Review Panel*. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health; 2005.
22. Adlaf EM, Begin P, Sawka E, eds. *Canadian Addiction Survey (CAS): A National Survey of Canadians' Use of Alcohol and Other Drugs. Prevalence of Use and Related Harms. Highlights*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse; 2004. Available at: [www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/B2C820A2-C987-4F08-8605-2BE999FE4DFC/0/ccsa0048042004.pdf](http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/B2C820A2-C987-4F08-8605-2BE999FE4DFC/0/ccsa0048042004.pdf). Accessed October 23, 2006.
23. Statistics Canada. Youth Smoking Survey. *The Daily* 2004;June 14. Available at: [www.statcan.ca/Daily/English/040614/d040614b.htm](http://www.statcan.ca/Daily/English/040614/d040614b.htm). Accessed October 23, 2006.
24. The 2004 Canadian Campus Survey: selected highlights. *CAMH Population Studies ebulletin* 2005;6(5). Available at: [www.camh.net/Research/Areas\\_of\\_research/Population\\_Life\\_Course\\_Studies/eBulletins/ebv6n5\\_CanadianCampusSurvey2004.pdf](http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/eBulletins/ebv6n5_CanadianCampusSurvey2004.pdf). Accessed October 23, 2006.
25. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Youth drinking: risk factors and consequences. *Alcohol Alert* 1997;37. Available at: [www.niaaa.nih.gov/publications/aa37.htm](http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa37.htm). Accessed October 23, 2006.
26. Single E, Van Truong M, Adlaf E, Ialomiteaunu, Anca. *Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and Other Drugs*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse; 1999.
27. *Risk and Protective Factors Associated with Use of Alcohol, Tobacco and Other Drugs and Gambling Participation. The Alberta Youth Experience Survey 2002*. Edmonton, AB: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission; 2003.
28. *Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Youth with Substance Use Problems*. Ottawa, ON: Health Canada; 2001. H49-154/2001E. Available at: [www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogues/youth-jeunes/youth-jeunes\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogues/youth-jeunes/youth-jeunes_e.pdf). Accessed October 23, 2006.
29. Binge drinking website. Available at: [www.binge-drinking.org](http://www.binge-drinking.org). Accessed October 23, 2006.

30. Single E. A Socio-demographic Profile of Drug Users in Canada. Ottawa, ON: HIV/AIDS Prevention and Community Action Programs, Health Canada; 2000.
31. *Reducing the Harm Associated with Injection Drug Use in Canada*. Report prepared by FPT Advisory Committee on Population Health, FPT Committee on Alcohol and Other Drug Issues, Advisory Committee on AIDS and FPT Heads of Corrections Working Group on HIV/AIDS. Ottawa, ON: Health Canada; 2001. H39-589/2001E. Available at: [www.hc-sc.gc.ca/hncc-aicmalt-formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogues/injection/injectiondrug\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hncc-aicmalt-formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogues/injection/injectiondrug_e.pdf). Accessed October 23, 2006.
32. Injection drug users overview. Canadian Centre on Substance Abuse website. Available at: [www.ccsa.ca/CCSA/EN/Topics/Populations/IDUOverview.htm](http://www.ccsa.ca/CCSA/EN/Topics/Populations/IDUOverview.htm). Accessed October 23, 2006.
33. Krauth B. Peer effects and ~~selection effects on smoking among Canadian youth~~. Available at: [www.sfu.ca/~bkrauth/papers/cansmoke.pdf](http://www.sfu.ca/~bkrauth/papers/cansmoke.pdf). Accessed October 23, 2006.
34. Caseload factors. Correctional Service Canada website. Available at: [www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e033/e033\\_e.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e033/e033_e.shtml). Accessed October 26, 2006.
35. Pernanen K, Cousineau M-M, Brody R, Sun F. Proportions of Crimes Associated with Alcohol and Other Drugs in Canada. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse; 2002.

31. Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada. Rapport préparé par le Comité consultatif FPT sur la santé de la population, le Comité FPT sur l'alcool et les autres drogues, le Comité consultatif FPT sur le travail FPT des représentants des services corrections sur le VIH/sida. Ottawa (Ontario) : Santé Canada, 2001. H39-589/2001E. Disponible à l'adresse : [http://www.hc-sc.gc.ca/acs-asc/alt-formats/hecs-secs/pdf/pubs/drogs-drogues/injection/injectiondrug\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/acs-asc/alt-formats/hecs-secs/pdf/pubs/drogs-drogues/injection/injectiondrug_f.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
32. Utilisation de drogues injectables, exposé général. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Disponible à l'adresse : [http://www.csc-scc.gc.ca/text/pdf/forum/e033/e033\\_f.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/pdf/forum/e033/e033_f.shtml). Consulté le 23 octobre 2006.
33. Krauth B. Peer effects and selection effects on smoking among Canadian youth. Disponible à l'adresse : <http://www.sfu.ca/~bkrauth/papers/cansmoke.pdf>. Consulté le 23 octobre 2006.
34. Portrait robot du jeune contrevenant : Site Web du Service correctionnel du Canada. Disponible à l'adresse : <http://www.sfu.ca/~bkrauth/papers/cansmoke.pdf>. Consulté le 26 octobre 2006.
35. Permanen K, Cousineau M-M, Brochu S, Sun F. Proportions of Crimes Associated with Alcohol and Other Drugs in Canada. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2002.

17. Adlaf E.M., Pagnia A. Drug Use among Ontario Students: Findings from the OSDUS 1977-2003. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health; 2003.
18. Preventing Tobacco Use among Young People: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health; 1994.
19. Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health; 2000.
20. Thomas G. Alcohol-Related Harms and Control Policy in Canada. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2004.
21. Main RE, Rehm J.T. Gijsbrecht Net al. Alcohol Distribution, Alcohol Retailing and Social Responsibility: A Report Submitted to the Beverage Alcohol System Review Panel. Toronto (Ontario) : Centre de toxicomanies et les mœurs : Points salient. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2004. Disponible à l'adresse : [www.cancn.gc.ca/reviews/darts/2004a4.pdf](http://www.cancn.gc.ca/reviews/darts/2004a4.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
22. Adlaf EM, Begein B, Sawka E, eds. Enquête sur les toxicomanies au Canada (ECT) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues dans les communautés canadiennes. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 14 juin 2004. Disponible à l'adresse : [www.statcan.ca/Daily/English/0406/040604a.htm](http://www.statcan.ca/Daily/English/0406/040604a.htm). Consulté le 23 octobre 2006.
23. Statistique Canada. Enquête sur le tabagisme chez les Québécois, le Québecien, 14 juin 2004. Disponible à l'adresse : [www.statcan.ca/Daily/English/0406/040604b.htm](http://www.statcan.ca/Daily/English/0406/040604b.htm). Consulté le 23 octobre 2006.
24. The 2004 Canadian Campus Survey: Selected highlights. CAMI Population Studies bulletin 2005;(6). Disponible à l'adresse : [www.camh.net/Research/CAMI\\_Population\\_Life\\_Course\\_Studies/bulletins/ebvgn5\\_CanadianCampusSurvey2004.pdf](http://www.camh.net/Research/CAMI_Population_Life_Course_Studies/bulletins/ebvgn5_CanadianCampusSurvey2004.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
25. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol and Its Health Risks: Risk factors and consequences. Alcohol Alert 1997;37. Disponible à l'adresse : [www.niaaa.nih.gov/research/PDFs/Population\\_Life\\_Course\\_Studies/bulletins/ebvgn5\\_CanadianCampusSurvey2004.pdf](http://www.niaaa.nih.gov/research/PDFs/Population_Life_Course_Studies/bulletins/ebvgn5_CanadianCampusSurvey2004.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
26. Single E, Van Truong M, Adlaf E. L'alcool et autres substances : Alcool, tabac et autres substances : Alcool et tabac et autres substances. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2003.
27. Risk and Protective Factors Associated with Substance Abuse. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2003.
28. Meilleures pratiques : Traitement et readaptation des patients avec un trouble des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2001. H49-154/2001-E. Disponible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/pts/hecs-sec/pdf/pubs/drugs-drogues-youth-jeunes-youth-jeunes-f.pdf>. Consulté le 23 octobre 2006.
29. Site Web sur la consommation occasionnelle exigeante. <http://www.binge-drinking.org> (en anglais). Disponible à l'adresse : [http://www.binge-drinking.org/consommation\\_occasionnelle\\_exigeante.html](http://www.binge-drinking.org/consommation_occasionnelle_exigeante.html). Consulté le 23 octobre 2006.
30. Single E. A Socio-demographic Profile of Drug Users in Canada. Ottawa (Ontario) : HIV/AIDS Prevention and Community Action Programs, Santé Canada; 2000.

## 8. Bibliographie



1. Prevention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes — Un Compendium des meilleures pratiques. Ottawa (Ontario) : Santé Canada, 2001. H39-580/2001E. Disponible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/all-formats/hecs-secs/pdf/pubs/drugs-droguess-prevention-jene.pdf>. Consulté le 23 octobre 2006.
2. Jessor R. Adolescent development and behavioral health. In: Annis H., David C, eds. Drug Use by Adolescents: assessment and intervention: Book of Readings. Toronto (Ontario) : Addiction Research Foundation; 1991.
3. Radford JL, King A, Warren WK. Street Youth and AIDS. Ottawa, ON: Health and Welfare Canada; 1989.
4. Fitzgerald MD. Homeless youths and the child welfare system: implications for policy and service. Child Welfare 1995;74:71-730.
5. Piltz SS, Scherman SG, Strathdee SA, Taha TE. Herpes simplex virus 2 and syphilis among young drug users in Baltimore, Maryland. Sex Transm Infec 2005;81:248-253.
6. Roy E, Haley N, Leclerc P, Soczanski B, Boudereau JF, Boivin JF. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. JAMA 2004;292:569-574.
7. Roy E, Haley N, Leclerc P, Cedras L, Blais L, Boivin JF. Drug injection among youths in Montreal: predictors of initiation. J Urban Health 2003;80:92-105.
8. Roy E, Lemire N, Haley N, Boivin JF, Frappier JY, Classenens C. Injection drug use among street youth: a dynamic process. Can J Public Health 1998;89:23-25.
9. Tapert SF, Ararons GA, Sederlar GR, Brown SA. Adolescent substance use and sexual risk-taking behaviour. J Adolesc Health 2001;28:181-189.
10. Testa M, Collins RL. Alcohol and risky sexual behaviour: event-based analyses among a sample of high-risk women. Psychol Addictive Behav 1997;11:190-201.
11. Roy E, Haley N, Leclerc P, Cedras L, Boivin JF. Drug injection among street youth: the first time. Addiction 2002;97:1003-1009.
12. Faugier J, Saguenay M. Sampling hard to reach populations. J Adv Nurs 1997;26:790-797.
13. Les jeunes de la rue au Canada : Constitutions décolonial de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, de 1999 à 2003. Ottawa (Ontario) : Agence de santé publique du Canada, 2006. HP5-15/2006. Disponible à l'adresse : [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports\\_06/pdf/street\\_youth\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports_06/pdf/street_youth_f.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
14. Mackay J, Erikson M. The Tobacco Atlas. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2002. Disponible à l'adresse : [www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf](http://www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
15. La stratégie nationale : Aller vers l'avant — Rapport d'étape 2005 sur la lutte contre le tabagisme. Ottawa (Ontario) : Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population et la protection des jeunes contre le tabagisme. Disponible à l'adresse : [www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tpbs/tobacc/foward-avant\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tpbs/tobacc/foward-avant_f.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
16. Santé Canada. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), 2004. Disponible à l'adresse : [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobacc/research-recherche/stat/cultms-esutc/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobacc/research-recherche/stat/cultms-esutc/index_f.html). Consulté le 23 octobre 2006.

Les problèmes associés à l'abus de substances, en particulier chez les jeunes de la rue, représentent un lourd fardeau financier pour les services de santé et le système d'infrastructures sociales. Le présent rapport donne un aperçu des conditions de vie particulières des jeunes de la rue. Les problèmes associés à la fréquence d'utilisation de substances sont un lourd fardeau pour toute la société canadienne.

En 1990, environ 37 000 jeunes se soignent devant une cour au Canada; dans 62 % des cas, il s'agit soit d'infractions contre la discipline ou d'infractions contre l'ordre public. Une étude menée en avril 2002 par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies semblerait indiquer l'existence d'une corrélation entre la taux de toxicomanie et le crime.<sup>34</sup> Ces toxicomanies semblent être le résultat d'unе corrélation entre le taux de toxicomanie et le crime.<sup>35</sup> Il est alors intéressant de tous les Canadiens de faire baisser les taux de toxicomanie et le crime.<sup>36</sup> En effet, au Canada, le taux de toxicomanie chez les jeunes en général est plus élevé que dans le reste du monde.<sup>37</sup> Les infrastructures sociales permettent à la mise en œuvre de ces programmes et de leur faire niver au niveau social de par rapport aux populations de jeunes en général. Par conséquent, il est nécessaire d'adopter des approches intégrées afin de faire face efficacement à la toxicomanie chez les jeunes de la rue. L'essentiel serait probablement de cibler les jeunes en difficulté avant qu'ils ne commencent à prendre des drogues et à développer des dépendances envers ces substances afin d'enrayer efficacement les problèmes de toxicomanie.

Il est souvent difficile de mettre au point des mesures d'intervention visant les jeunes de la rue et la toxicomanie à cause du caractère changeant ou instable de leur environnement, du manque d'infrastructures sociales permises devant la mise en œuvre de ces programmes et de leur faire niver au niveau social de par rapport aux populations de jeunes en général. Par conséquent, il est nécessaire d'adopter des approches intégrées afin de faire face efficacement à la toxicomanie chez les jeunes de la rue. L'essentiel serait probablement de cibler les jeunes en difficulté avant qu'ils ne commencent à prendre des drogues et à développer des dépendances envers ces substances afin d'enrayer efficacement les problèmes de toxicomanie.

Les résultats de cette étude montrent que les jeunes de la rue constituent un segment important et diversifié de la population canadienne, et qu'il est important que les décideurs politiques de tout le Canada — tant à l'échelle régionale, provinciale, territoriale que nationale — s'assurent que les jeunes de la rue au Canada aient accès à une adéquate et à des services sociaux et sanitaires adaptés à leurs besoins particuliers.

## 7. Conclusions



Dans l'ensemble, les résultats de la SAJR montrent que plus de 20 % des jeunes de la rue ont rapporté avoir consommé des drogues injectables telles que l'hépatite C résultent plus souvent des infections chez les jeunes de la rue qui partagent leurs seringues. Par exemple, en 2003, seuls les jeunes ayant consommé des drogues injectables ont signalé avoir déjà eu une infection par l'hépatite C. Il s'agit donc d'une occasion en or de présenter des mesures informatives et préventives visant à diminuer l'incidence de l'infection par l'hépatite C. Pour faire face à ce problème, il serait utile de rendre le traitement disponible et accessible aux jeunes de la rue et de créer des initiatives éducatives de prévention ainsi que des programmes sur les risques associés à la consommation de drogues injectables dans les grandes villes.

Près d'un cinquième des jeunes de la rue ont rapporté avoir consommé des drogues injectables telles que la cocaïne, l'héroïne ou la méthamphétamine en cristaux. Cette consommation est souvent corrélée avec d'autres comportements à risque tels que le commerce du sexe, la criminalité, la pratique de relations sexuelles non protégées ou le partage de seringues. Le temps passé dans la rue peut être lié à la probabilité de consommation de drogues injectables chez les jeunes, l'existence d'interventions polyvalentes précocees auprès des jeunes de la rue concernant les dangers associés à la consommation de drogues injectables et la dépendance envers ces dernières pourrait aider à empêcher les jeunes de commencer à y goûter. Enfin, il est nécessaire de poursuivre les recherches sur les jeunes de la rue au Canada afin d'offrir des renseignements plus détaillés sur les programmes les plus appropriés et les méthodes acceptables de diffusion de ces renseignements au sein de ces groupes.

La mise en œuvre d'une approche intégrée permettant de développer et d'appliquer des programmes d'intervention pour les jeunes de la rue a suscité à ces derniers l'obtention d'aide dont ils ont besoin sur différents plans. Une approche intégrée, basée sur les sexes et portant sur des déterminants plus larges de la santé des jeunes, offre une meilleure chance de faire évoluer les jeunes dans le contexte des services correctionnels lorsqu'ils ne jouent pas le rôle de la violence ou de la police.

Le résultat obtenu par les jeunes de la rue au Canada est toutefois difficile à évaluer. Il existe plusieurs méthodes de mesure qui donnent des résultats très différents. La méthode la plus courante consiste à demander aux jeunes de la rue au Canada de répondre à un questionnaire sur leur consommation de substances psychoactives. L'alcool est partiellement responsable du taux élevé de consommation aux substances psychotropes chez les jeunes, présente une enjeu unique dans la vie des jeunes de la rue au Canada. L'alcool, qui représente la substance la plus couramment utilisée par les jeunes de la rue au Canada, est donc la cause principale de la consommation excessive de mannequinat chez les jeunes, présente une enjeu unique dans la vie des jeunes de la rue au Canada.

Un certain nombre de facteurs sont associés au mannequinat chez les jeunes, y compris l'âge, le sexe, l'absence de réduction des préjudices — ; quelques-unes de ces substances sont utilisées à l'occasion de la transmission d'informations au sujet de la consommation secrète de drogues et des comportements sexuels secrètes, des mesures pour réduire les taux de toxicomanie chez les jeunes de la rue au Canada ; les jeunes sont également nécessaires pour la pratique de certains sports et activités, il convient par ailleurs de rééduquer les jeunes de la rue au Canada afin de pouvoir « échapper » à ces substances préventives.

## 6. Implications



En outre, une plus grande proportion de consommateurs de drogues injectables ont rapporté n'avoir pas utilisé de méthode protectrice pour se protéger durant leurs relations sexuelles les plus récentes; une plus grande proportion d'entre eux ont également rapporté avoir eu des partenaires sexuels du même sexe.

D21 = Quotient de deux sommes de drogues légales  
Les pourcentages sont basés sur le nombre d'observations non mandataires.  
Les pourcentages sont significativement différents lorsqu'e la valeur de p est < 0,05.

Antécédents sexuels	N=1291 (%)	N=370 (%)	IDU + Never-IDU
A déjà eu des relations sexuelles, %	96	99	+
A déjà eu des relations sexuelles avec une personne du même sexe, %	20	34	+
Nombre moyen de partenaires sexuels durant leur vie, n	73.4	19.5	+
N'a pas utilisé de méthode protectrice pendant les relations sexuelles les plus récentes, %	49	59	+
A déjà eu une ITS, %	23	38	+
N'a pas utilisé de méthode protectrice pendant les relations sexuelles non désirées, %	49	59	+
A déjà eu des relations sexuelles obligatoires, %	14	32	+
A déjà fait le commerce du sexe, %	15	37	+

Tableau 3: Antécédents sexuels des jeunes de la rue ayant déjà contracté des drogues injectables ou pas (2003)

La proportion de jeunes ayant rapporté que leur partenaire sexuel avait déjà appris qu'il était atteint d'une ITS est demeurée élevée : 21,8 % en 2001 et 16,2 % en 2003 chez les jeunes ayant affirmé consommer des drogues, comparativement à 13,6 % en 2001 et 11,6 % en 2003 chez ceux ayant signalé ne jamais y avoir eu recours.

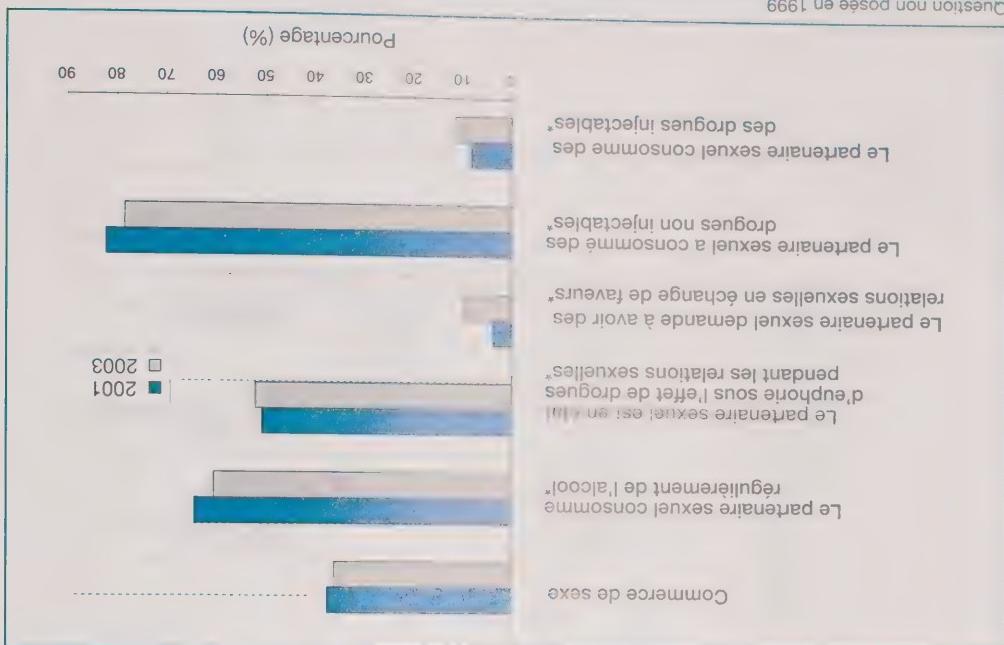


Figure 1b. Composition sexuelle des groupes de chasseurs et de chassées à l'entrevue chez les genres de la rive sud (2001 et 2003).

La proportion de jeunes de la rue ayant affirmé avoir eu des relations sexuelles alors qu'ils étaient intoxiqués par l'alcool est demeurée constamment élevée : 56,8 % en 1999, 59,5 % en 2001 et 58,0 % en 2003. Aucune différence significative n'a été observée entre les sexes et entre les groupes d'âge. Près du tiers (30,9 %) des jeunes de la rue ont affirmé avoir des substances telles que des cigarettes, des drogues ou de l'alcool et se sont par la suite sentis obligés d'avoir des relations sexuelles en échange.

## 5. Comportements Sexuels et ITS

Pourcentage des participants porteurs d'une infection par l'hépatite C confirmée en laboratoire

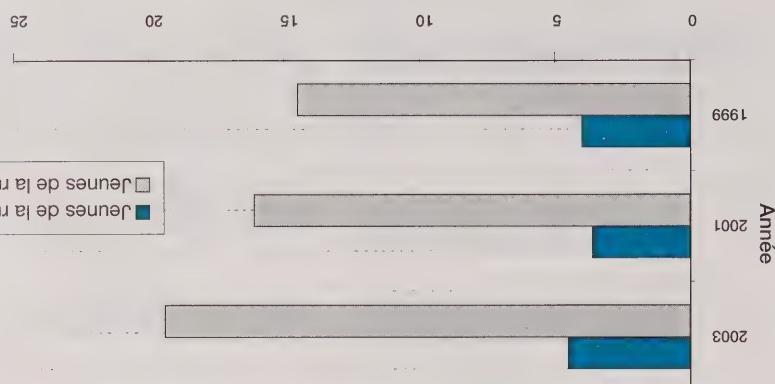


Figure 15. Taux d'infection par le virus de l'hépatite C chez les jeunes de la rue

La consommation de drogues injectables est significativement corrélée avec l'infection au VHC. La figure 15 montre que le taux d'infection au VHC était quatre à cinq fois plus élevé chez les jeunes de la rue ayant rapporté la consommation de drogues injectables que chez les jeunes n'y ayant pas recours. Les comportements à risque élève comme, par exemple, le fait de partager les seringues ou d'avoir des relations sexuelles non protégées, font partie des raisons expliquant les taux élevés d'infection au VHC chez les consommateurs de drogues injectables.

#### 4.6.1 Consommation de drogues injectables et hépatite C

En 1999, les facteurs prédictifs significatifs<sup>11</sup> de la consommation de drogues injectables étaient les années de l'étude, les jeunes plus âgés étant au moins 9 fois plus susceptibles que ceux n'y ayant passé un jour ou une semaine.

En entrevue étaient aussi au moins quatre semaines dans la consommation de drogues injectables depuis dans la rue et celui d'avoir sa mère qui prend des drogues injectables. En 2001 et en 2003, les jeunes ayant passé au moins quatre semaines dans la consommation de drogues injectables étaient aussi au moins 15 fois plus susceptibles de rapporter un fait d'avoir abandonné ses études, d'avoir quitté le domicile familial à la suite de violences, d'avoir déjà vécu dans la rue et d'avoir sa mère qui prend des drogues injectables, d'avoir abandonné ses études ou que les jeunes ne prenaient aucune drogue.

Durant toutes les années de l'étude, les jeunes plus âgés étaient au moins 9 fois plus susceptibles de rapporter le recours à des drogues injectables que les jeunes moins âgés; et les jeunes ayant rapporté le recours à des drogues injectables étaient au moins 15 fois plus susceptibles de consommer des drogues injectables et d'avoir été victime d'agression sexuelle, le sexe, le fait d'avoir été incarcéré, d'avoir abandonné ses études, d'avoir quitté le domicile familial à la suite de violences, d'avoir déjà vécu dans la rue ou le temps passé dans la rue.

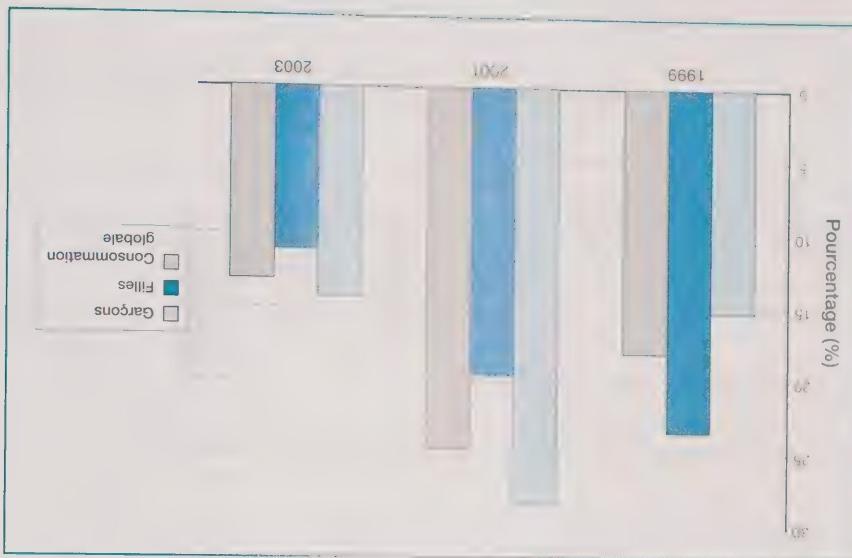


Figure 14. Jeunes de la rue ayant rapporté avoir eu recours aux services d'un centre de désintoxication, de réadaptation ou de prévention des drogues injectables

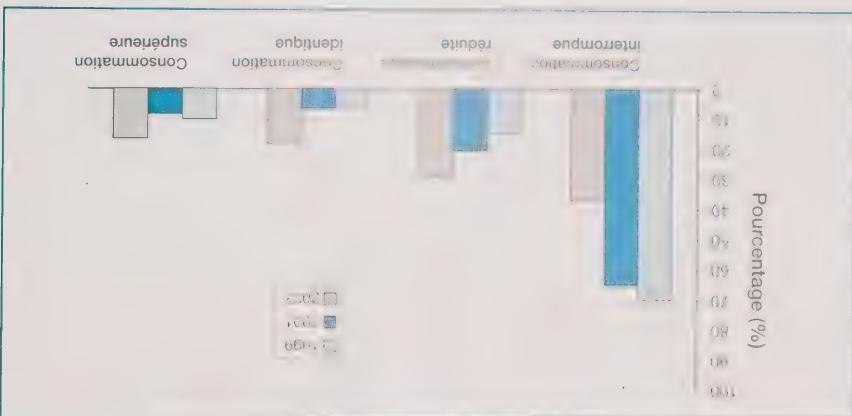


Figure 13. Statut de la consommation de drogues injectables au cours des trois mois précédant l'enquête chez les jeunes de la rue

mer après avoir eu recours aux services d'un centre de désintoxication (voir la Figure 14). Parmi eux, 13 % ont cessé d'en consommer après ce type de drogues (voir la Figure 13). Parmi eux, 13 % ont cessé d'en consommer après avoir eu recours aux services d'un centre de désintoxication (voir la Figure 14).

En 2003, près de 40 % des utilisateurs de drogues injectables ont rapporté avoir cessé de

\*Les jeunes pouvaient rapporter la consommation de plus d'une drogue injectable; les pourcentages pouvaient donc dépasser 100 %.

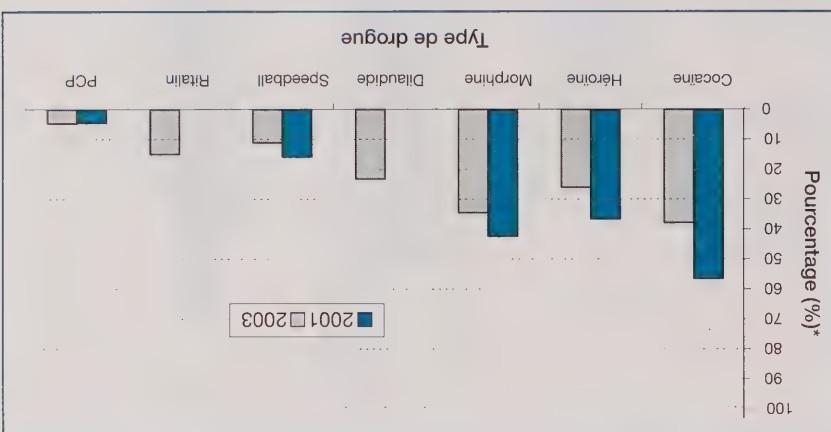


Figure 12. Drogues injectables les plus souvent consommées au cours des trois mois précédant l'enquête chez les jeunes de la rue ayant eu recours à des drogues injectables (2001 et 2003)

Malgré les variations parmi les drogues injectables les plus populaires au cours de la période couverte par l'étude, dans l'ensemble, les drogues injectables les plus souvent consommées par les jeunes étaient la cocaïne, l'héroïne, la morphine et les speedballs (une combinaison de cocaïne et d'héroïne) (voir les Figures 11 et 12). En 2003, près de 31 % des consommateurs de drogues injectables ont rapporté avoir empêtré les instruments nécessaires à leurs injections.

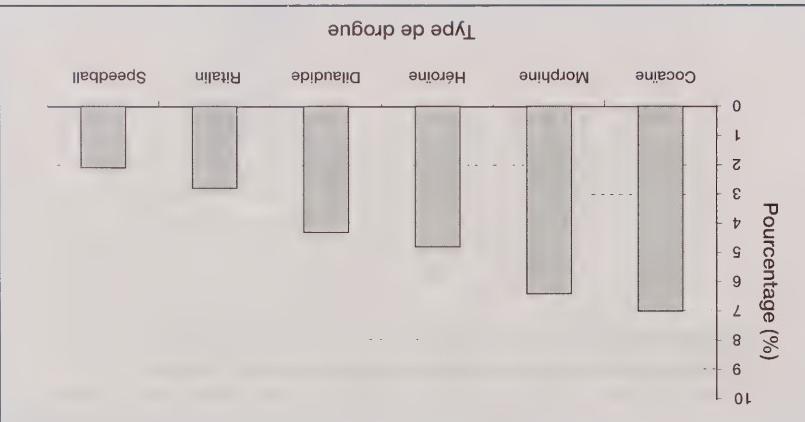


Figure 11. Drogues injectables les plus souvent consommées au cours des trois mois précédant l'enquête chez les jeunes de la rue (2003)

Une plus grande proportion d'utilisateurs de drogues injectables ont signale savour recentement certains de faagon excessive de l'alcool et pour des abuses sexuellement pendant des episodes de consommation occasionnelle excessives. Les utilisateurs de drogues injectables étaient par ailleurs plus de deux fois plus susceptibles de rapporter la consommation de méthamphétamine en cristaux, de cocaïne, de crack, d'héroïne, de ketamine ou de speed au cours des trois mois précédant l'enquête.

ou la revente de drogues.

De plus, ce qui concerne l'absence d'allergies avec la succion amilliale instable, les consommateurs de drogues injectables étaient plus susceptibles d'avoir des sources de revenus provenant d'activités telles que le commerce du sexe, le vol et l'escroquerie.

Tables d'avoir eu des contacts avec les autres cours des trois mois précédant l'enquête.

En outre, les parents ou les tutrices de certains enfants plus susceptibles de drogues injectables se sont également préoccupés de la consommation de drogues chez leurs enfants moins susceptibles de vivre chez eux. Les jeunes qui prennent des drogues ciblent cause de la plupart des dépressions et les parents ou tuteurs à cause des violences subies par les enfants moins susceptibles de drogues ou d'alcool.

Comparativement aux jeunes de la même période, les consommateurs de telle drogue ont été moins susceptibles d'être nés au Canada et d'avoir abandonné leurs études du primaire.

Les catégories de caractérisque ne sont pas hiérarchiques les unes sur les autres.

Les pourcentages sont significativement différents lorsqu'ils sont pas multipliés de l'ensemble des catégories de la caractéristique ne sont pas multipliées.

Les pourcentages sont basés sur le nombre d'observations non manquantes.

CDI = Consommation de drogues injectables

Caractéristique	Age	consommation de drogues injectables ou n'en ayant pas (2003)	
		Ever IDU	n=370
Never IDU	15 à 19 years	40	62
% +†	20 à 24 years	60	38
n=1291	Abandon permanent des études	52	38
% +†	Renvoi permanent de l'école	46	35
Nev	Ne vit pas avec ses parents/tuteurs à cause de violences/négligence	60	52
IDU	Ne vit pas avec ses parents/tuteurs à cause de violence/négligence	82	62
% +†	A eu des contacts avec un parent/tuteur au cours des trois mois	77	83
n=	Précédant l'entrevue		
Vagabondie pendant plus de 40 heures par semaine	61	44	
Caraïberistiques des parents/tuteurs† :			
Il/s se frappe(nt)s/agresse(nt) mutuellement	47	38	
Le père a déjà pris des drogues injectables	23	14	
La mère a déjà pris des drogues injectables	21	12	
Le père et la mère ont déjà pris des drogues injectables	11	5	
Consommation de drogues/d'alcool par le jeune	14	9	
Consommation de drogues/d'alcool par un parent	15	8	
Le jeune a déjà vécu dans la rue de façon permanente	80	62	
Le jeune a déjà bénéficié des services d'un travailleur social	78	68	
Le jeune a déjà été placé en famille d'accueil	52	40	
Le jeune a déjà été placé en foyer de groupe	54	45	
Le jeune a déjà été incarcéré ou détenu	84	56	
Le jeune a déjà été suivi par un agent de probation	73	51	
Le jeune a déjà obtenu des revenus provenant d'activités illégales au cours des trois mois précédents (y compris le commerce du sexe, le vol et la revente de drogues)	71	40	
Intoxicication alcoolique au cours des trois mois précédents	38	25	
Antécédents d'utilisation de drogues non injectables	99	94	

Table 2: Caractéristiques des jeunes de la rue ayant des antécédents de consommation de drogues injectables ou n'en ayant pas (2003)

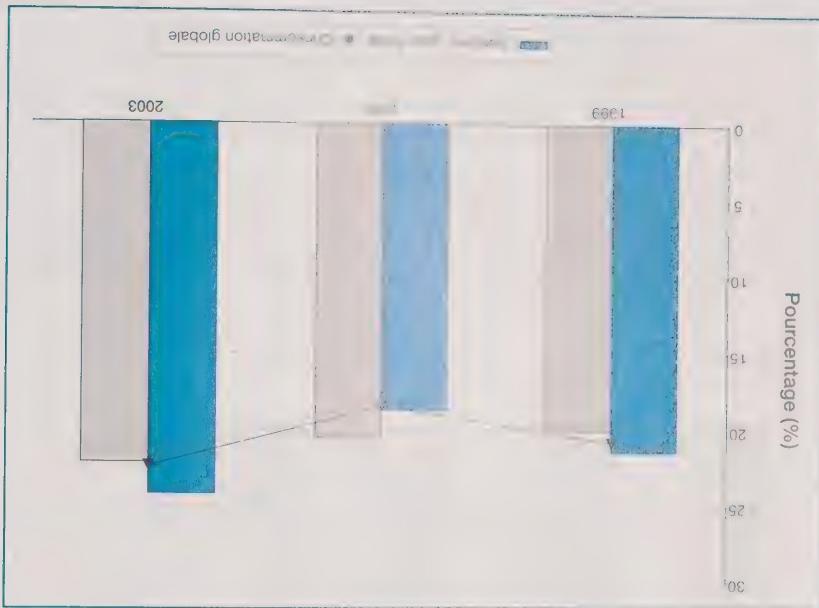


Figure 10. Consommation de drogues injectables chez les jeunes de la rue

Les recours aux drogues injectables représentent un enjeu de taille en santé publique, et ce phe-  
nôme prend de plus en plus d'ampleur. La recrudescence générale de la consommation de drogues chez les jeunes et l'émergence du recours aux drogues injectables en tant que facteur de risque majeur du VIH, des virus de l'hépatite et d'autres pathogènes transmissibles par le sang sont les principales raisons expliquant ce phénomène<sup>3</sup>. Bien que la consommation de drogues soit détenue par avoir un effet sur toute la société canadienne, certains secteurs de la popu-  
lation en sont affectés de manière disproportionnée<sup>3,12</sup>. Les Autochtones canadiens, les sans-abri, les détenus et les jeunes de la rue sont les principaux groupes à risque élevé quant à la con-  
sommation de drogues injectables.

## 4.6 Consommation de drogues injectables

Les facteurs de risque associés à une probabilité élevée de rapporter la consommation de drogues sont l'entreveue et le fait d'avoir déjà vécu dans un foyer de groupe ou dans une famille d'accueil; le fait d'avoir été renvoyé de l'école; le fait d'avoir déjà séjourné en prison ou dans un centre de détention. Les jeunes de la rue qui avaient eu des contacts avec l'un de leurs parents au cours des trois mois précédant l'entrevue étaient moins susceptibles de rapporter la consommation de drogues non injectables que ceux qui n'avaient eu aucun contact avec leurs parents. Le fait de subir des violences non injétionnelles ou de la violence conjugale est également associé à la consommation de drogues non injectables.

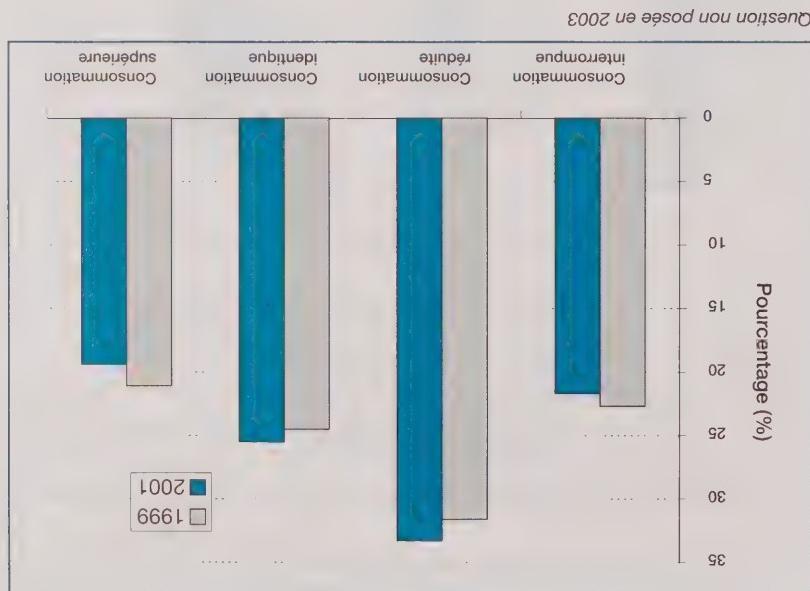


Figure 9. Statut de la consommation de drogues non injectables au cours des trois mois précédant l'entrevue parmi les jeunes de la rue (1999 et 2001)\*

La Figure 9 illustre le profil de consommation de drogues non injectables chez les jeunes de la rue en 1999 et en 2001. Dans l'ensemble, environ 22 % des utilisateurs de drogues non injectables ont rapporté avoir cessé de consommer dans les trois mois précédant l'entrevue. La moitié des jeunes ayant affirmé avoir cessé de prendre des drogues ont signalé avoir eu recours pour cela à des services d'un centre de désintoxication.

Les jeunes pouvaient rapporter l'utilisation de plus d'une drogue; par conséquent, les pourcentages peuvent dépasser 100 %. Ils pouvaient également employer autant de noms de drogues qu'ils voulaient (y compris les expressions argotiques employées dans le milieu).

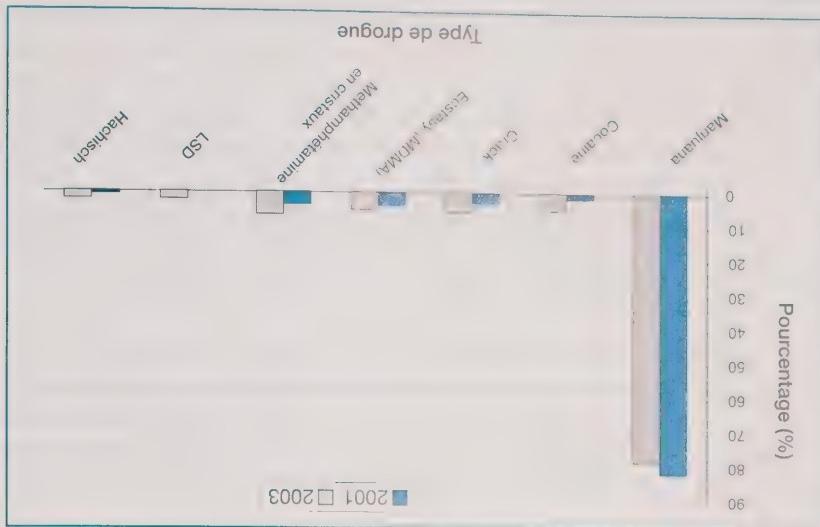


Figure 8. Drogues non injectables les plus souvent consommées dans les trois mois précédant l'enquête par les jeunes de la rue ayant rapporté l'utilisation de drogues non injectables (2001 et 2003)\*.

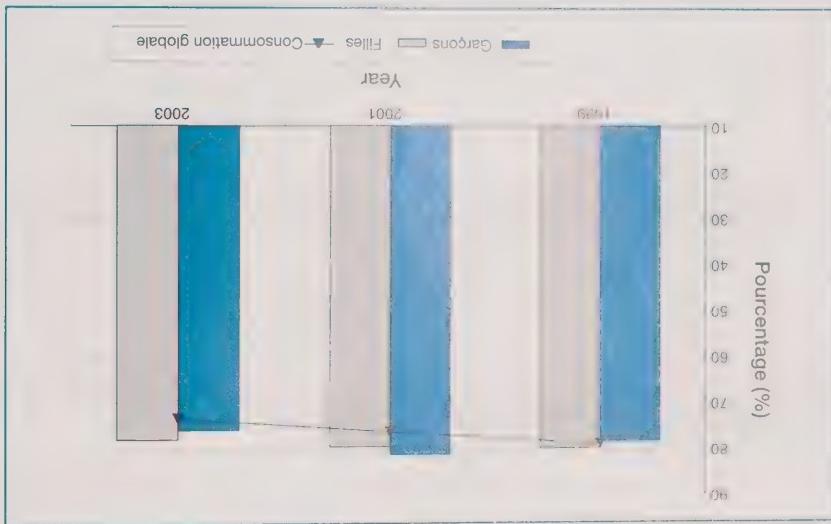


Figure 7. Consommation exclusive de drogues non injectables chez les jeunes de la rue

La SAJR a révélé que la consommation exclusive de drogues non injectables (p. ex., crack, cocaïne, ecstasy ou méthamphétamine en cristal), à l'exception de l'alcool et du tabac) est demeurée constamment élevée pendant la durée de l'étude (plus de 70 % en 2003) (voir la Figure 7). La drogue la plus souvent consommée dans les trois mois précédant l'enquête par les jeunes de la rue ayant rapporté faire usage de drogues non injectables était la marijuana (voir la Figure 8). Les jeunes de sexe masculin étaient plus susceptibles de rapporter la consommation de marijuana.

#### 4.5 Consommation de drogues non injectables

Pour ce qui est des jeunes de la population générale, l'enquête sur les toxicomanies au Canada<sup>22</sup> (2004) a révélé qu'environ 37 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans avaient rapporté avoir consommé du cannabis/hachich au cours des 12 mois précédents, tandis que 61 % d'entre eux avaient rapporté du cannabis dans le passé. Il a également été rapporté que le cannabis (marijuana) était la drogue la plus souvent consommée et que les jeunes de sexe masculin étaient plus susceptibles de l'avoir pris dans le passé. Les résultats démontrent que le taux d'utilisation de substances inhalées, de cannabis, d'hallucinogènes différents du LSD ou du PCP, et de MDMA dans les années 1980, 1990 et actuelles. Les résultats démontrent que le taux d'utilisation de substances inhalées durant les années 1980, avant d'augmenter pendant les années 1990; ces (ecstasy) a diminué durant les années 1980, avant d'augmenter pendant les années 1990; ces taux, bien qu'actuellement stables, restent élevés. La consommation de LSD a également diminué pendant les années 1980, puis augmente pendant les années 1990 : elle difficilement diminue tendance à la baisse. La consommation de cocaïne et, dans une moindre mesure, de crack, a suivie le même parcours (diminution dans les années 1980, tendance à la hausse pendant les années 1990), tandis que la consommation d'héroïne, de PCP et de méthamphétamine est demeurée stable mais stable durant la même période.

CDI = Consommation de drogues injectables

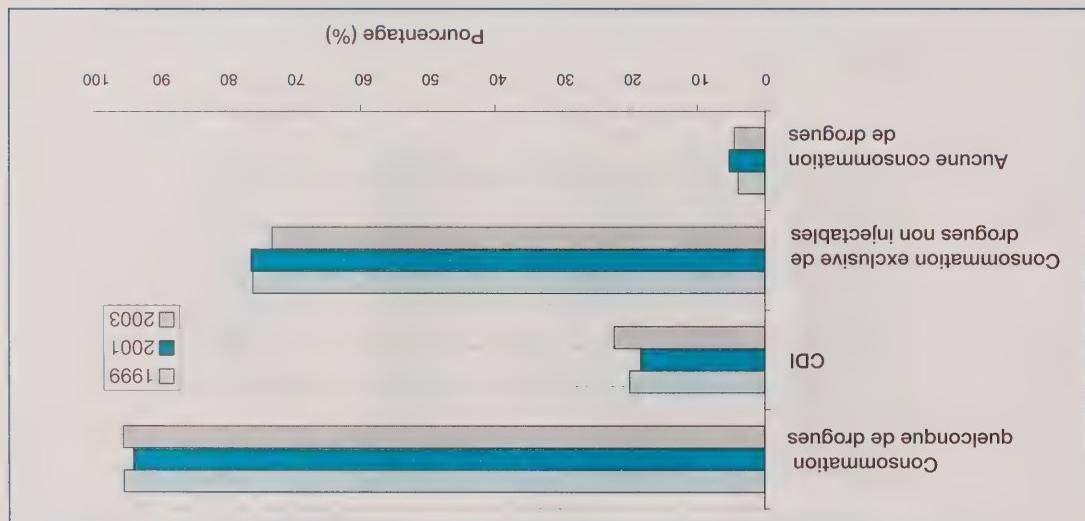


Figure 6. Profil de la consommation de drogues parmi les jeunes de la rue

Les résultats de la SAJR montrent que la proportion de jeunes de la rue ayant rapporté avoir déjà consommé un type quinclidionique de drogue est très élevée (voir Figure 6). La proportion combinée de consommation globale de drogues dans cette catégorie était de 95,2 % en 1999, de 93,8 % en 2001 et de 95,3 % en 2003. Seule une petite proportion de jeunes ont rapporté n'avoir jamais consommé un type quinclidionique de drogue. Il s'agit par ailleurs évidemment que parmi les jeunes ayant déjà pris des drogues injectables, la majorité avait également consommé d'autres drogues non injectables.

#### 4.4 Profils généraux de la consommation de drogues

Les facteurs de risque significatifs chez les jeunes de la rue ayant rapporté une intoxication récente à l'alcool chez les jeunes de la rue en 2001 et en 2003 sont identiques à une intoxication récente à l'alcool chez les jeunes de la rue ayant abandonné ses études: le fait d'avoir été victime de violence; le commerce du sexe et le fait d'avoir été emprisonné ou d'avoir séjourné dans un centre de détention.

En 2003, les jeunes de la rue de sexe masculin sont plus susceptibles que les filles de rapporter une intoxication récente à l'alcool (37,9 % vs 31,2 %). La proportion de jeunes de la rue ayant elevée (environ 59 %) pendant toutes les périodes de la collecte de données pour la SAJR. Rapporé avoir des relations sexuelles avec une personne ayant récemment consommé de l'alcool était constamment élevé (environ 59 %) pendant toutes les périodes de la collecte de données pour la SAJR.

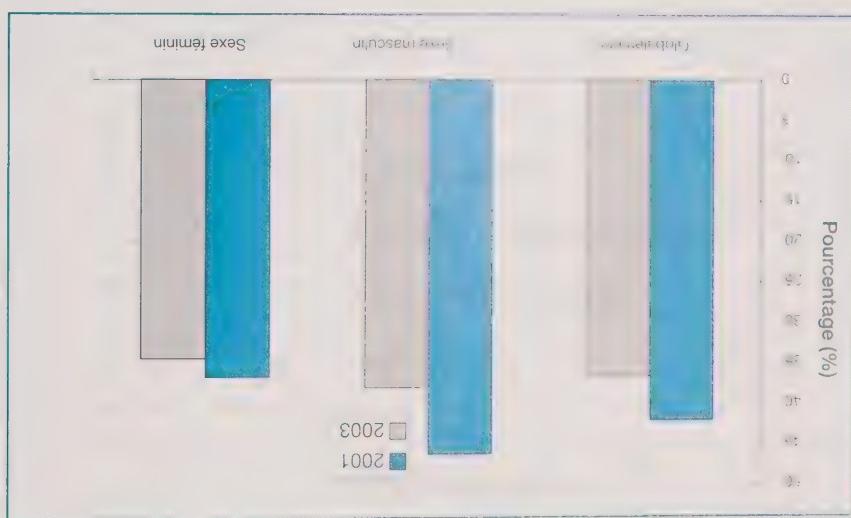


Figure 5. Intoxication au cours des trois mois précédents chez les jeunes de la rue ayant rapporté une consommation d'alcool au cours des trois mois précédant l'étude (2001 et 2003).

Dans la SAJR, l'intoxication à l'alcool que récente est définie par le fait d'avoir été « ivre » au moins une journée au cours des trois mois précédents. Dans l'ensemble, parmi les consommateurs réguliers d'alcool, la proportion de jeunes de la rue ayant signalé une intoxication récente à l'alcool était de 42,0 % en 2001 et de 36,6 % en 2003 (voir la Figure 5 ci-dessous).

#### 4.3 Intoxication alcoolique récente

Les facteurs significatifs associés à la consommation d'alcool chez les jeunes de la rue comprennent les violences sexuelles et d'autres types de violence; le commerce du sexe; des an-técédents d'emprisonnement ou de séjour dans un centre de détention; le fait d'avoir été renvoyé de l'école ou d'avoir abandonné ses études.

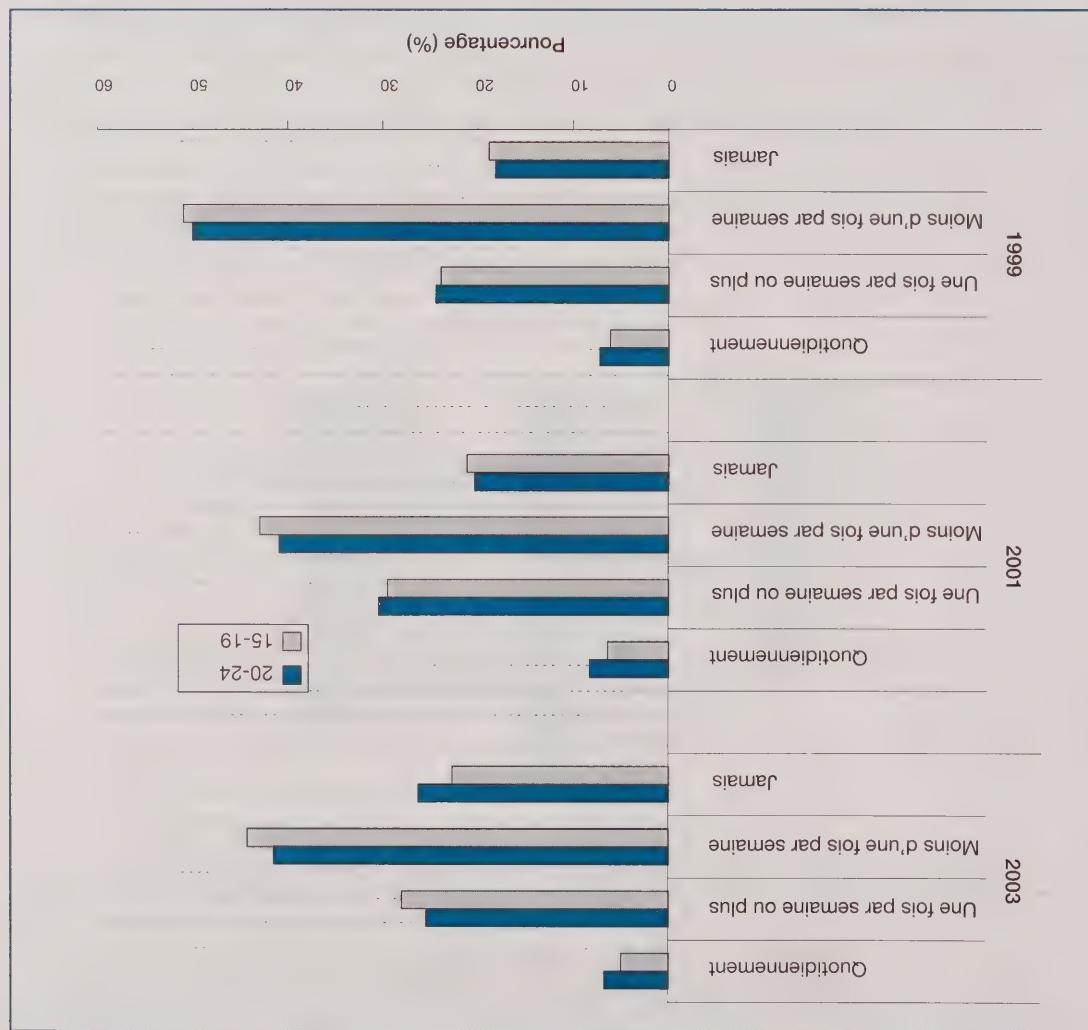


Figure 4. Consommation d'alcool au cours des trois mois précédant l'étude chez les jeunes de la rue, en fonction du groupe d'âge

Dans la SARD, la proportion de jeunes de la rue ayant rapporté consommer de l'alcool au cours des trois mois précédant l'enquête était de 80,6 % en 1999, de 79,1 % en 2001 et de 75,7 % en 2003. Plus de 30 % des jeunes de la rue ont affirmé avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine au cours des trois mois précédant l'enquête. Environ 5 % des jeunes ont affirmé avoir bu de l'alcool chaque jour pendant tous les cycles de l'étude. La proportion de jeunes ne consommant pas d'alcool est passée de 18,6 % en 1999 à 24,2 % en 2003. Une plus grande proportion de filles vivant dans la rue ont déclaré elles-mêmes ne jamais consommer d'alcool, même pas à l'occasion; cette proportion est demeurée constante pendant toute la période couverte par l'étude. Comme le montre la Figure 4, la fréquence de consommation d'alcool était assez similaire entre le groupe d'âge plus jeune et celui plus âgé des jeunes de la rue pendant toute la période couverte par l'étude.

Dans les 12 mois qu'ont précocé l'enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC), 79,3 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus ont rapporté une consommation de l'alcool, 14 % entre eux avaient cessé d'en consommer (il s'agit de ceux qui avaient déjà consommé de l'alcool durant leur vie, mais qui n'en avaient pas pris depuis 12 derniers mois) et 7 % n'en avaient jamais consommé (ils n'en avaient jamais consommé de leur vie). Parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans, 83 % consommaient de l'alcool au moins une fois par mois. Parmi les consommateurs actuels d'alcool âgés de 15 à 24 ans, 13,8 % ont affirmé qu'ils avaient dépassé l'excès (cinq boissons ou plus en une seule occasion) au moins une fois par mois. Ensuite, et à 46,0 % ont rapporté un tel profil de consommation d'alcool au moins une fois par mois.

La consommation abusive d'alcool, y compris la consommation excessive, est un problème majeur d'utilisation abusive de substances, en plus d'occasionner de sérieux problèmes de santé et des problèmes sociaux. L'alcool produit un puissant effet dépendant de la dose et des caractéristiques physiques de chaque personne. La consommation régulière et excessive d'alcool peut entraîner diverses effets graves à court et à long terme pour la santé. Par exemple, l'intoxication alcoolique, la cirrhose, l'insuffisance rénale, la dépression et une affection du jugeement entraînent des accidents automobiles ou des hospitalisations, entre autres.

## 4.2 Consommation d'alcool

Comme l'ont montré des études publiées, les facteurs associés au tabagisme chez les jeunes sont montre des études publiées, les facteurs associés au tabagisme chez les jeunes donne ses études. ou de séjour dans un centre de détention et le fait d'avoir été renvoyé de l'école ou d'avoir abandonné ses études. Les facteurs prédictifs importants du tabagisme comprenaient des antécédents d'emprisonnement tels que l'âge, le sexe, le niveau scolaire, le revenu familial et les habitudes de吸烟 (tabagisme). Parmi les jeunes de la rue recrutés dans le cadre de la SAJR, les facteurs fonctionnels du tabagisme, tels que l'absence de ressources personnelles permettant de résister aux pressions de la rue, l'absence de soutien social et l'absence de compétences pour résister aux influences de la rue, étaient les plus courants. Les facteurs associés au tabagisme chez les jeunes de la rue étaient également liés à l'absence de soutien social et à l'absence de compétences pour résister aux influences de la rue.

E-SYS=Enhanced Tobacoo Use Monitoring Survey  
CTUMS=Canadian Tobacco Use Monitoring Survey

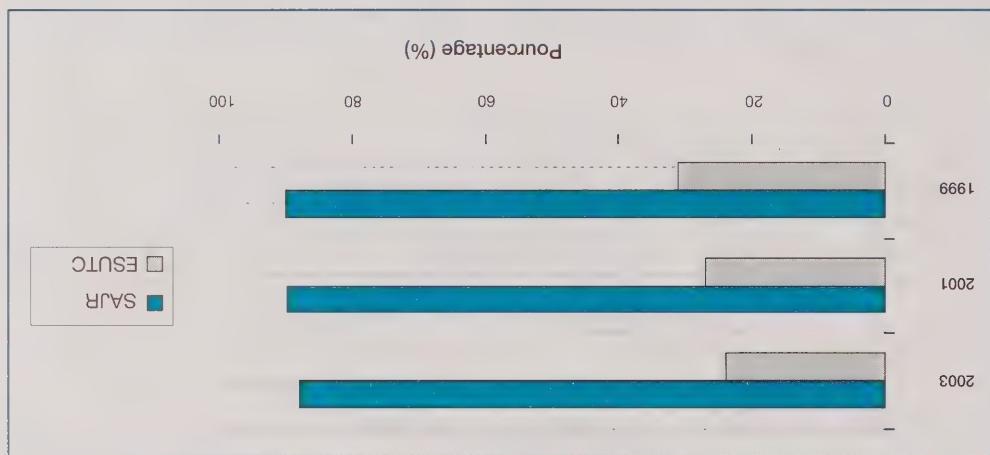


Figure 3. Proportion de jeunes fumeurs âgés de 15 à 24 ans selon l'ESUTC et la SAJR

La figure 3 compare la proportion de fumeurs parmi les jeunes de la rue (SAJR) avec les jeunes de la population générale. L'enquête de surveillance de l'utilisation du tabac au Canada 16 (ESUTC) est une enquête menée auprès de la population générale afin d'étudier l'utilisation du tabac et la quantité de tabac fumé, en particulier chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, le groupe d'âge où les jeunes sont le plus susceptibles de commencer à fumer. Cette enquête démontre que dans l'ensemble, soit la proportion de fumeurs chez les jeunes de 15 à 24 ans est passée de 31 % en 1999 à 24 % en 2003. De même, le sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (SCDEO) 17, la plus longue enquête provinciale en cours menée auprès d'élèves sur la consommation de drogues au Canada, a rapporté que les taux de tabagisme parmi les élèves de l'Ontario ont diminué de 13,8 % en 1999 à 11,6 % en 2003. De même, le sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario en 2003, qui a été mené chez les filles (13,8 %) et les garçons (11,6 %), a constaté que les taux de tabagisme chez les jeunes de la rue sont demeurés constamment élevés.

D'après les données de 1999 et de 2001 (la question n'avait pas été posée en 2003), les jeunes de la rue fumaient environ 15 cigarettes par jour (les filles en fumant 14 à 16 et les garçons 16 à 18 par jour); près de 72 % des fumeurs grillent plus de 10 cigarettes par jour.

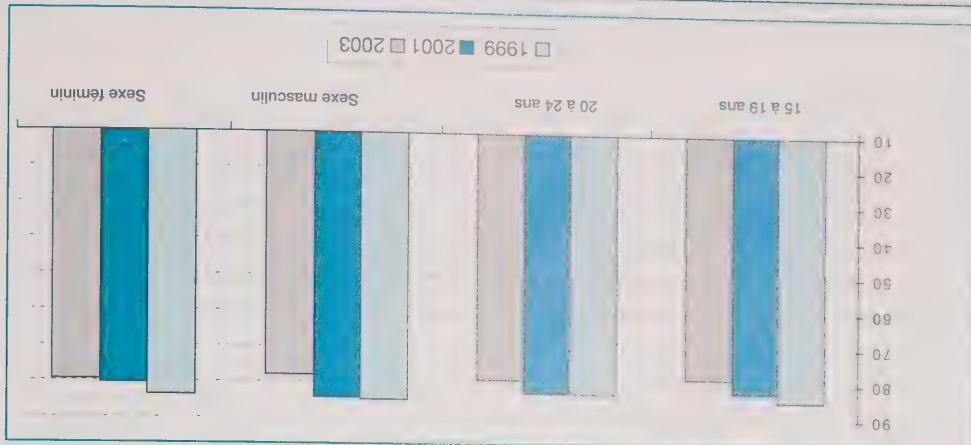


Figure 2. Tabagisme quotidien et occasionnel parmi les jeunes de la rue en fonction du groupe d'âge et du sexe

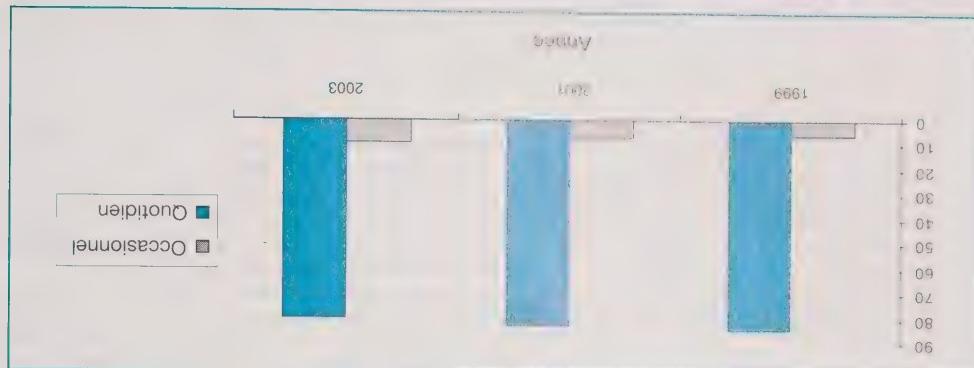


Figure 1. Tabagisme quotidien et occasionnel parmi les jeunes de la rue

Le tabagisme, qui peut causer une très forte dépendance, fait partie des principales causes de décès prematurely et de morbidité dans le monde entier<sup>14</sup>. Le tabagisme tue la moitié de tous les fumeurs réguliers, soit plus de personnes que le sida, les drogues légales et illégales, les accidents de la route, les meurtres et le suicide combinés<sup>14</sup>. Chaque année au Canada, plus de 45 000 décès provoqués par le tabagisme au cours de l'année sont attribués à la maladie circulatoire, aux cancers et aux maladies respiratoires. Le tabagisme est la principale cause de maladies respiratoires, de cancers et de maladies circulatoires. C'est un fardeau lourd à porter pour la société, avec des effets directs et indirects, tant sur le plan de la base de productivité économique que sur celui de la hausse des soins de santé<sup>15</sup>.

Pendant les trois phases de la collecte de données, près de 80 % des jeunes ont affirmé fumer tous les jours. Comme le montre la figure 1, la proportion de jeunes ayant affirmé fumer quotidiennement élevée (34,3 % en 1999, 25,5 % en 2001 et 78,8 % en 2003). La proportion de jeunes ayant affirmé fumer quotidiennement est descendue de 57 % en 1999, de 72 % en 2001 et de 9,2 % en 2003. Aucune différence n'a été observée entre les groupes d'âge ou les sexes pour ce qui est des proportions de jeunes ayant affirmé fumer quotidiennement (figure 2).

#### 4.1 Tabagisme

## 4. Utilisation de substances



Le nombre de participants de sexe masculin était plus élevé, le rapport garçons/filles était d'environ 2,1 dans l'ensemble des années couvertes par l'étude. L'âge des jeunes de la rue était compris entre 15 et 24 ans, la moyenne étant d'environ 19 ans durant toutes les années où ils ont été recrutés.

Moins de 10 % des participants étaient varables, près de 60 % étaient eux seuls d'origine ethnique des participants et étaient autochtones; environ 12 % se sont dits africains, asiatiques, et environ 30 % étaient eux d'une autre appartenance ethnique.

Les jeunes sort présentes en pourcentages, sauf indication contraire.

<sup>a</sup>N = Dénominateur (nombre de jeunes recrutés).

<sup>b</sup>L'expression « Autochtone » comprend les membres des Premières nations, les Métis, dépasser 100 %.

Les jeunes pouvaient déclarer plus d'une origine ethnique. Par conséquent, la somme des pourcentages pourrait dépasser 100 %.

Les inuits et les autres membres de la population autochtone.

Sexe :	Homme	Femme	Age moyen (ans)	Groupe Âge :	Lié au de naissance :	Autochtone	Au Canada	A l'étranger du Canada	Origine ethnique :	Blanc	Autochtone <sup>a</sup>	Autre
2003	62,9	61,7	56,6	62,9	18,9	38,3	43,4	37,1	15 à 19 years	63,5	68,0	56,9
1999	61,7	56,6	56,6	61,7	19,0	43,4	37,1	38,3	20 à 24 years	36,5	32,0	43,1
2001	62,9	61,7	56,6	62,9	19,0	43,4	37,1	38,3	Au Canada	92,2	92,9	91,9
					7,9	92,2	92,9	92,2	A l'étranger du Canada	7,1	8,1	8,1
									Autre	36,3	60,1	59,5
									Autochtone/Noir	4,3	4,2	5,3
									Blanc	27,7	33,6	36,3
									Autre	63,3	60,1	59,5
									Autochtone <sup>a</sup>	27,7	33,6	36,3
									Blanc	5,3	4,2	4,2
									Autochtone/Noir	4,2	4,2	5,3
									Autre	8,5	8,5	7,0

Tableau 1. Aperçu des caractéristiques socio-démographiques des jeunes de la rue recrutés aux fins de la SAJR

Le Tableau 1 présente les caractéristiques démographiques de la population des jeunes de la rue en fonction des années couvertes par l'étude.

### 3. Profil Demographique des Participants à la SAJR



La SARIR présente plusieurs limites qui devraient être soulignées.

- D'emplacement, elle est de nature transversale. Comme toutes les études transversales, elle ne permet pas d'établir de causalité.

D'ailleurs, l'échantillon est restreint à sept grandes villes du Canada. Nous considérons cet aspect à la fois comme une force et une faiblesse. Sa force réside dans le fait qu'il nous renseigne sur la présence des jeunes de la rue dans les villes où ils se retrouvent généralement, de même que pas nécessairement à d'autres zones géographiques ou à des régions moins peuplées.

Troisièmement, les jeunes ont été recrutés au moyen de la technique non structurée de sondage en boule de neige. L'étude ayant fait l'objet d'une bonne publicité et ayant été annoncée de vive voix aux participants potentiels, aucune base de sondage géographique particulière ou dans le cas de populations difficiles à joindre comme les jeunes de la rue, elle pourrait entraîner processus d'aliénation direct n'ayant été utilisé. Bien que cette technique se soit révélée efficace dans le cas de jeunes sentant la pression sociale de leur entourage, elle peut également entraîner un biais de sélection.

- Enfin, les sondages sont fondés sur des données provenant de déclarations des répondants. Ces comportements ont peut-être été sous-déclarés.

27

**Les associations indépendantes** ont été déterminées par des analyses multivariées. Elles sont identifiées par le symbole "I" dans le présent rapport. Les variables qui se sont avérées significatives avec les variables des résultats d'intérêt dans l'analyse à une variable ont été incluses dans l'analyse multivariée et sont les suivantes : âge, sexe, antécédents dITS, âge au moment des premières activités sexuelles, nombre de partenaires sexuels durant la vie, antécédents d'un travailleur social, fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles non désirées, le fait d'avoir été denus d'empsonnement, foyer d'accueil et (ou) foyer de groupe; le fait de bénéficier des services d'un travailleur social; le fait d'avoir abandonné ses études; et le risque perçu de contracter des ITS.

**L'analyse multivariée** porte sur de nombreux facteurs ou variables simultanément : autremennt dit, elle étudie la corrélation de chaque variable indépendante avec une variable des résultats d'intérêt, tout en contrôlant d'autres variables. L'analyse de régression logistique a été employée pour l'analyse multivariée.

Les corrélations statistiquement significatives des analyses à une variable sont définies par une valeur  $p < 0,05$ ; elles sont identifiées à l'aide du symbole § dans le présent rapport.

L'analyse à une variable évalue la corrélation entre une variable indépendante et une variable dépendante d'intérêt, sans tenir compte d'autres variables indépendantes potentielles. Dans ce rapport, on a effectué une analyse à une variable au moyen du test du chi carré portant sur l'hétérogénéité.

### 2.1.1 Terminologie des analyses

## 2. Methodologie

## Analyse statistique

- Les renseignements figurant dans le présent rapport proviennent de la SAJR. Nous espérons que les informations ainsi recueillies permettront d'atteindre les objectifs suivants :
- déterminer les tendances actuelles en matière d'utilisation de substances chez les jeunes de la rue;
  - déterminer les facteurs démographiques et sociaux associés à cette utilisation chez les jeunes de la rue;
  - déterminer les facteurs de risque potentiel associés à cette utilisation chez les jeunes de la rue.

## 1.1 Objectifs

Pour certains jeunes, le fait de goûter à la cigarette, à l'alcool ou aux drogues peut s'inscrire dans une étape de transition vers l'âge adulte, mais pour d'autres, en particulier les jeunes de sexe, cette utilisation est leur impact sur la santé des jeunes de la rue<sup>1-8</sup>. Elles ont toutes démontré que de nombreuses études ont examiné l'utilisation de substances et les comportements sexuels à cette utilisation chez les jeunes de la rue<sup>1-8</sup>. Ces dernières études ont trouvé un corrélat important des comportements sexuels à risque chez les personnes consommatrices de drogues peuvent être exposées à un risque accru de certaines maladies chroniques et le statut social sont nombreux et peuvent inclure une morbidité élevée et un taux élevé de décès prematurés à cause de la présence de malades chroniques telles que l'hépatite C ou le VIH/SIDA, ainsi qu'en raison de la prévalence élevée de blessures, de tendances suicidaires, de violences, de voies et de crimes violents. Les couts associés à l'utilisation des soins de santé et du système de justice criminelle sont d'autres facteurs importants pour la société.

Ces populations portant sur les profils d'utilisation des substances chez les jeunes de la rue au Canada ont souvent basées sur des sondages menés auprès d'étudiants. Donc, même si ces sondages donnent un aperçu général de l'utilisation de ces substances chez les jeunes, ils n'incluent pas de jeunes qui sont n'importe où d'un suicide<sup>9</sup>. Une autre étude menée à Montréal a révélé que près de la moitié (45,8 %) des jeunes de la rue sont fiers plus susceptibles de mourir des suites d'une overdose que d'un suicide<sup>10</sup>.

Les études portant sur les profils d'utilisation des substances chez les jeunes de la rue au Canada montrent que comparativement aux jeunes de la population générale, les jeunes de la rue utilisent plus de substances et sont plus susceptibles d'utiliser des substances qui sont n'importe où d'un suicide<sup>10</sup>. On a même suggéré que la consommation de drogues chez les jeunes de la rue au Canada est corrélée à un risque élevé de transmission sexuelle à elles-mêmes et aux autres. De plus, les jeunes de la rue sont plus susceptibles d'utiliser des substances qui sont n'importe où d'un suicide<sup>10</sup>. Ces dernières études ont trouvé un corrélat important des comportements sexuels à risque chez les personnes consommatrices de drogues peuvent être exposées à un risque accru de certaines maladies chroniques et le statut social sont nombreux et peuvent inclure une morbidité élevée et un taux élevé de décès prematurés à cause de la présence de malades chroniques telles que l'hépatite C ou le VIH/SIDA, ainsi qu'en raison de la prévalence élevée de blessures, de tendances suicidaires, de violences, de voies et de crimes violents. Les couts associés à l'utilisation des soins de santé et du système de justice criminelle sont d'autres facteurs importants pour la société.

Le deuxième objectif de cette étude est de déterminer l'importance de l'utilisation de substances chez les jeunes de la rue au Canada dans la vie quotidienne. La vulnérabilité génétique, des caractéristiques individuelles de la personnalité et les facteurs stressants du milieu<sup>11</sup>.

## 1. Introduction



Il est de notoriété publique que les approches thérapeutiques classiques et les programmes accueils ne sont pas efficaces auprès des jeunes de la rue. Par conséquent, d'autres approches intégrées visant à créer et à mettre en œuvre des programmes d'intervention pour cette population devraient être développées comme aux filles, qui traitent des déterminants plus larges des problèmes de santé, et non des interventions de santé publique ciblant une question particulière, car ces dernières ne sont pas susceptibles de s'attaquer aux causes profondes de l'utilisation de substances et des comportements à risque qui y sont associées.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Section de la surveillance et de l'épidémiologie  
Division des infections acquises dans la collectivité  
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectorieuses  
Agence de la santé publique du Canada  
Immeuble Jeanne Mance, 1.A. : 1906B  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
Téléc. : 613-941-9813

- Utilisation de substances est un problème fréquent chez les jeunes de la rue. La prévalence du tabagisme, de la consommation d'alcool ou de l'intoxication à l'alcool, de la consommation de drogues et des comportements risqués liés à cette dernière est beaucoup plus élevée chez les jeunes de la rue que chez les jeunes de la population générale. Malgré son effet nuisible sur la santé, l'état psychologique et le statut social, la toxicomanie persiste parmi les populations immédiate et les déterminants du risque au sein de la population de jeunes de la rue au Canada. Les jeunes de la rue qui consomment sexuellement et multiquement sont très élevées chez les jeunes de la rue. Il est basé sur la Surveillance accrue des jeunes de la Rue au Canada (SAR), les jeunes de la rue ont une consommation d'alcool est fréquente chez les jeunes de la rue. En 2003, près de 76 % environ 5 % d'entre eux ont affirmé avoir consommé de l'alcool dans les trois mois précédant l'enquête. Les jeunes de la rue ayant affirmé utiliser d'autres substances étaient plus susceptibles de rapporter la consommation d'autres substances (drogues multiples). Les jeunes de la rue ont affirmé utiliser de la rue ayant consommation de drogues non injectables sont également élèves; en effet, 95 % des jeunes de la rue ont rapporté en avoir déjà utilisé. La marijuana était la drogue non injectable la plus souvent utilisée.
- Les taux de consommation de drogues injectables sont également élevés. Environ 20 % des jeunes de la rue ont affirmé utiliser de la rue pour s'injecter de la drogue. Environ 31 % des jeunes de la rue ont affirmé qu'ils n'utilisaient pas toujours des instruments propres pour s'injecter de la drogue.
- Environ 22 % des consommateurs de drogues non injectables et 37 % de ceux prenant des drogues injectables ont affirmé qu'ils avaient signalé avoir cessé de consommer des drogues. Parmi les jeunes qui avaient signalé avoir cessé de consommer des drogues, la moitié des utilisateurs avaient cessé d'en consommer après avoir recouru aux services d'un centre de désintoxication.

## Récapitulatif résultats

Le présent rapport vise à fournir de plus amples renseignements sur l'utilisation de substances chez les jeunes de la rue. Il est basé sur la Surveillance accrue des jeunes de la Rue au Canada (SAR), les jeunes de la rue qui consomment sexuellement et multiquement sont très élevées chez les jeunes de la rue. La prévalence des substances chez les jeunes de la rue au Canada (SAR), moyenne 14 à 16 cigaretttes par jour, les garçons, 16 à 18. Utiliser l'alcool est fréquent chez les jeunes de la rue. En 2003, près de 76 % environ 5 % d'entre eux ont affirmé avoir consommé de l'alcool dans les trois mois précédant l'enquête; environ 40 % des jeunes de la rue ayant consommé de l'alcool ont fait état d'une intoxication aigüe récente.

Les jeunes de la rue ayant affirmé utiliser d'autres substances étaient plus susceptibles de rapporter la consommation d'autres substances (drogues multiples).

Les jeunes de la rue ont affirmé utiliser de la rue ayant consommation de drogues non injectables sont également élèves; en effet, 95 % des jeunes de la rue ont rapporté en avoir déjà utilisé. La marijuana était la drogue non injectable la plus souvent utilisée.

Les taux de consommation de drogues injectables sont également élevés. Environ 20 % des jeunes de la rue ont affirmé utiliser de la rue pour s'injecter de la drogue. Environ 31 % des jeunes de la rue ont affirmé qu'ils n'utilisaient pas toujours des instruments propres pour s'injecter de la drogue.

Environ 22 % des consommateurs de drogues non injectables et 37 % de ceux prenant des drogues injectables ont affirmé qu'ils avaient signalé avoir cessé de consommer des drogues. Parmi les jeunes qui avaient signalé avoir cessé de consommer des drogues, la moitié des utilisateurs avaient cessé d'en consommer après avoir recouru aux services d'un centre de désintoxication.

## Sommaire

Tableau 1.	Apéryu des caractéristiques socio-démographiques des jeunes de la rue recrutés aux fins de la SAJR . . . . .	Tableaux
Tableau 2.	Caractéristiques des jeunes de la rue ayant des antécédents de consommation de drogues injectables ou n'en ayant pas (2003) . . . . .	Tableau 2.
Tableau 3.	Antécédents sexuels des jeunes de la rue ayant déjà utilisé des drogues injectables ou pas (2003) . . . . .	Tableau 3.
Figure 1.	Tabaigisme quotidien et occasionnel parmi les jeunes de la rue . . . . .	Figure 1.
Figure 2.	Tabaigisme quotidien parmi les jeunes de la rue en fonction du groupe d'âge et du sexe . . . . .	Figure 2.
Figure 3.	Proportion de jeunes fumeurs âgés de 15 à 24 ans selon l'ESUTC et la SAJR . . . . .	Figure 3.
Figure 4.	Consommation d'alcool au cours des trois mois précédents chez les jeunes de la rue, en fonction du groupe d'âge . . . . .	Figure 4.
Figure 5.	Inhalation au cours des trois mois précédents chez les jeunes de la rue ayant rapporté une consommation d'alcool au cours des trois mois précédant l'étude (2003) . . . . .	Figure 5.
Figure 6.	Profil de la consommation de drogues parmi les jeunes de la rue . . . . .	Figure 6.
Figure 7.	Consommation exclusive de drogues non injectables chez les jeunes de la rue . . . . .	Figure 7.
Figure 8.	Drogues non injectables les plus souvent consommées dans les trois mois précédant l'entrevue parmi les jeunes de la rue (1999 et 2001*) . . . . .	Figure 8.
Figure 9.	Statut de la consommation de drogues non injectables au cours des trois mois précédant l'entrevue chez les jeunes de la rue (2003)* . . . . .	Figure 9.
Figure 10.	Consommation de drogues injectables chez les jeunes de la rue . . . . .	Figure 10.
Figure 11.	Drogues injectables les plus souvent consommées au cours des trois mois précédant l'entrevue chez les jeunes de la rue (2003) . . . . .	Figure 11.
Figure 12.	Drogues injectables les plus souvent consommées au cours des trois mois précédant l'entrevue chez les jeunes de la rue (2003) . . . . .	Figure 12.
Figure 13.	Statut de la consommation de drogues injectables au cours des trois mois précédant l'entrevue chez les jeunes de la rue . . . . .	Figure 13.
Figure 14.	Jeunes de la rue ayant rapporté avoir eu recours aux services d'un centre de dépistotoxication pour cesser de prendre des drogues injectables . . . . .	Figure 14.
Figure 15.	Taux d'infection par le virus de l'hépatite C chez les jeunes de la rue . . . . .	Figure 15.
Figure 16.	Comportements sexuels au cours des trois mois précédant l'entrevue chez les jeunes de la rue ayant rapporté la consommation de drogues (inj ectables et non inj ectables) . . . . .	Figure 16.
21	(2001 et 2003) . . . . .	21

## List of Figures

### Tables

## Illustrations

Sommaire . . . . .	III
1 Introduction . . . . .	1
1.1 Objectifs . . . . .	2
2 Méthodologie . . . . .	3
2.1 Analyse statistique . . . . .	3
2.1.1 Terminologie des analyses . . . . .	4
2.2 Tests de laboratoire . . . . .	4
2.3 Limites . . . . .	5
3 Profil démographique des participants à la SAJR . . . . .	6
4 Tabagisme . . . . .	7
4.1 Consommation d'alcool . . . . .	9
4.2 Consommation alcoolique récente . . . . .	11
4.3 Intoxication alcoolique récente . . . . .	12
4.4 Profils généraux de la consommation de drogues . . . . .	13
4.5 Consommation de drogues non injectables . . . . .	15
4.6 Consommation de drogues injectables . . . . .	16
4.6.1 Consommation de drogues injectables et hépatite C . . . . .	20
5 Comportements Sexuels et ITS . . . . .	21
6 Implications . . . . .	23
7 Conclusions . . . . .	25
8 Bibliographie . . . . .	26

## Tables des Matières

Les jeunes de la rue au Canada  
et l'utilisation de substances

Constatations découlant de la surveillance  
accrue des jeunes de la rue au Canada,

1999 - 2003

ISBN : 978-0-662-49759-2

Cat.: HP5-23/2007

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Santé, 2007

La stratégie antidrogue et des substances contrôlées de Santé Canada, et en collaboration avec lui.  
Le présent rapport a été produit grâce à une subvention du Bureau de la recherche et de la surveillance du Programme de

[www.santepublique.gc.ca/](http://www.santepublique.gc.ca/)  
La présente publication est également disponible sur Internet à l'adresse suivante :

La présente publication est également disponible sur demande sur disquette, en gros caractères,  
sur bande sonore ou en braille.

Site Web : <http://www.aidssida.cpha.ca/>  
Courriel : [aidssida@cpha.ca](mailto:aidssida@cpha.ca)  
Fax : 613-725-1205  
Tél. : 613-725-3434  
Numéro sans frais : 1-877-999-7740  
Ottawa ON K1Z 8R1  
400 - 1565, avenue Cartling  
Centre canadien d'information sur le VIH/sida  
Pour en obtenir des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec le :

Agence de la santé publique du Canada

à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

Notez mission est de promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats,

# Canada

la rue au Canada, 1999-2003  
surveillance accrue des jeunes de  
constatations déculant de la



les jeunes de la rue au Canada  
et l'utilisation de substances